THESIS

Aus der psychiatrischen Klinik zu Jena.

Zur Kenntnis der Katatonie jenseits des 30. Jahres.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

medizinischen Fakultät der Universität Jena

vorgelegt von

Heinrich Weber,
Medizinalpraktikant aus **Jena.**

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

3083
J51W

Unclassed Thesis

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Jena.

Referent: Prof. Dr. Binswanger.

Jena, den 29. April 1910.

Prof. Dr. Maurer,
z. Zt. Dekan der med. Fakultät.

Ich versichere hiermit an Eidesstatt, die Arbeit selbstständig unter Benutzung der angeführten Literatur angefertigt zu haben.

Heinrich Weber.

Seitdem wir die Psychiatrie als eine gesonderte Disziplin der Medizin betrachten, hat wohl selten eine Frage die Psychiater intensiver interessiert, als die der Dementia praecox, jenes Krankheitsbildes, das durch die Arbeiten Kraepelins zu einem großen, weite Gebiete der chronisch verlaufenden Geistesstörungen umfassenden Krankheitsbegriff umgestaltet worden ist. Dieser Autor will bekanntlich unter diesem Namen Krankheitsbilder zusammengefaßt wissen, „deren gemeinsame Eigentümlichkeit der Ausgang in eigenartige Schwächezustände bildet, die wohl auf schweren, höchstens teilweise rückbildungsfähigen Schädigungen der Hirnrinde beruhen".

Welch große Anregung für klinische Beobachtung und wissenschaftliche Arbeit Kraepelin durch die Neuschaffung dieses Krankheitsbegriffs gegeben hat, lehrt die Fülle der Literatur, die in den letzten 20 Jahren über die Dementia praecox veröffentlicht worden ist, und die eifrige Diskussion dieses Themas, die fast auf keiner Versammlung deutscher Psychiater fehlt. Daß wir heute trotzdem über das Wesen dieser Krankheit noch im Unklaren sind, zeigen uns die immensen Schwierigkeiten, die bisher noch nicht gestatten, ihre Ursache und Prognose zu ergründen; ja selbst die Möglichkeit, die Diagnose mit Sicherheit zu stellen, ist häufig unmöglich. Die heutige Formenlehre der Psychiatrie ist in diagnostischer und prognostischer Hinsicht noch recht unbefriedigend; die einzelnen Krankheitsbilder sind noch nicht genau differenziert, denn es giebt zahllose fließende Übergangsformen, welche ihre Grenzen verwischen. Daß diese diagnostischen Schwierigkeiten auch durch die Arbeiten Kraepelins nicht beseitigt worden sind, wird am besten durch die Tatsache erhellt, daß sogar die Grenzlinien zwischen der

Dementia praecox und dem manisch-depressiven Irresein in der weiteren Fassung der Kraepelin'schen Darstellung nicht zu ziehen sind. Es gilt dies besonders auch für die früherhin von Kraepelin behauptete Verschiedenartigkeit der Prognose bei beiden Krankheitsformen: bei der Dementia praecox schließlich geistiger Verfall, bei dem manisch-depressiven Irresein dagegen Erhaltenbleiben der intellektuellen Kräfte. Diese Auffassung hat sich als nicht haltbar erwiesen. So berichtet Kraepelin, „daß sehr lange anhaltende und häufige schwere Krankheitsanfälle auf die Dauer nicht ohne schädigenden Einfluss bleiben, die Kranken werden urteilslos, schwankend, stumpf, gleichgültig". Daß die äußeren Symptome der beiden großen Krankheits-Gruppen, zu welchen Kraepelin alle funktionellen Psychosen rechnet, außerordentlich ähnliche sein können, ist allgemein anerkannt; denn auch die katatonischen Symptome sind nicht pathognostisch für die Dementia praecox, wie man früher anzunehmen geneigt war, sondern kommen außer bei einigen anderen Erkrankungen auch bei rein manischen und depressiven Zuständen vor, welche Tatsache die Differential-Diagnose außerordentlich erschweren kann.

Kraepelin hat bekanntlich die Krankheitsformen der Hebephrenie und Katatonie, deren Erkennung und erste Schilderung wir Hecker (1871) und Kahlbaum (1874) verdanken, in erweitertem Sinne mit der paranoiden Form unter dem einheitlichen Gesichtspunkt der raschen Verblödung zur Dementia praecox zusammengefaßt. Diese Verschmelzung ist auf mancherlei Widerstand gestoßen, besonders ist die Zugehörigkeit der paranoiden Krankheitsbilder nicht allgemein anerkannt. Auch über die Bedeutung des Lebensalters für die Diagnose der Dementia praecox ist man verschiedener Meinung. Kraepelin war früher der Überzeugung, daß die Dementia praecox ausschließlich eine Erkrankung des jugendlichen Alters sei, in welchem unter normalen Verhältnissen noch eine Weiter-Entwicklung der geistigen Fähigkeiten stattfindet. Im Laufe der Jahre hat er seine Ansicht geändert, indem er jetzt dem Lebensalter keine diagnostische Bedeutung mehr zumißt und Spätformen der Dementia praecox anerkennt, wie man aus den Jahresberichten der Münchner

Klinik ersehen kann. Dagegen giebt es eine Reihe von Autoren, die den Standpunkt vertreten, daß die Dementia praecox ausnahmslos eine Psychose der Pubertätszeit sei. So will Ziehen „keinen diagnostisch einwurfsfreien Fall nach dem 25. Lebensjahre“ gesehen haben, in der Meinung, daß es sich bei den „Spätfällen“ wahrscheinlich um Verwechslungen mif sekundärer Demenz handle, oder daß schon früherhin Krankheitssymptome bestanden haben, welche nicht erkannt wurden. Cramer bindet durch den Namen Iugendirresein die Dementia praecox an ein bestimmtes Lebensalter. Auch Kahlbaum ist im Zweifel, ob die nach dem 30. Jahre auftretenden Formen zur Katatonie resp. zur Dementia praecox zu rechnen sind. Desgleichen lassen Stransky und Mendel diese Frage offen.

Auf der anderen Seite werden immer mehr Fälle von Dementia praecox und speziell von Spätkatatonien veröffentlicht, um zu zeigen, daß das Alter bei diesen Psychosen keine spezifische Rolle spielt. Dies konnte auch in der Jenaer Klinik festgestellt werden. Bevor ich zur Schilderung dieser Fälle von Katatonie jenseits des 30. Lebensjahres übergehe, möchte ich betonen, daß alle Fälle, bei denen anamnestisch schon frühere psychische Störungen nachgewiesen waren, unberücksichtigt geblieben sind. An die Möglichkeit oft weit zurückliegender Schübe muß man immer denken, besonders auch bei den Katatonien im höheren Alter. So haben z. B. von den 16 Spätkatatonien, über die Schröder berichtet, 4 Pat. 12—25 Jahre vorher leichte Anfälle meist depressiver Art durchgemacht. Bei der Auswahl der Fälle hat der Ausgang der einzelnen Erkrankungen, der ev. eingetretene Endzustand keine Rolle gespielt, sondern es wurden auch Fälle mit herangezogen, bei denen die Diagnose zweifelhaft ist und erst durch den weiteren Verlauf ev. bestätigt werden muß.

A. K., 37 Jahre alt (J.-Nr. 4597), geb. 16. II. 1870.

Anamnese: Mutter war vor 9 Jahren einige Wochen psychisch krank. Pat. war immer gesund, gut gelernt, intelligente Frau gewesen, Heirat mit 21 Jahren, 10 Geburten in 15 Jahren! letzte Geburt vor 1½ Jahren. Vor 4½ Jahren hat Pat. eine ähnliche Psychose durchgemacht, ebenfalls in

der Laktationsperiode, wollte sich damals verbrennen (viele Narben), wurde geheilt entlassen. Seit Weihnachten 1906 wieder verändert, Pat. hatte 3/4 Jahre ihr letztes Kind gestillt; sie kümmerte sich um nichts mehr, wurde am 1. II. 07 ins Krankenhaus aufgenommen, von wo sie in die Anstalt überführt wurde. — Der behandelnde Arzt teilt mit, daß sie „seit 8 Monaten sich in einem Zustande der Stummheit befindet, meist ruhig daliegt, höchstens mit den Händen spielend. Zeitweise verweigert sie die Nahrung und läßt sich nicht kämmen und waschen. In den letzten Wochen hat sie begonnen zu masturbieren und sich auch mehrmals entkleidet, getanzt und gesungen".

Aufnahme am 25. X. 1907: Pat. muß auf die Abteilung getragen werden, befolgt die an sie gerichteten Aufforderungen nicht, wendet das Gesicht bei an sie gerichtete Fragen nach der Wand, setzt allen passiven Bewegungen deutlichen Widerstand entgegen, ist vollkommen mutistisch. Rollt die Bulbi ganz nach oben, als die Pupillenweite festgestellt werden soll usw. Keine Flexibilitas cerea. Die Sehnenreflexe sind gesteigert, Bauchreflexe fehlen, die Schmerzempfindlichkeit ist allenthalben herabgesetzt. Pupillen mittelweit, gleichrund, Lichtreaktion normal. 26. X. Pat. ist vollständig mutistisch, soll jedoch in der Nacht gelegentlich sprechen und über die Behandlung schimpfen. — 29. X. Pat. zeigt sehr starken Negativismus, sträubt sich auch sehr gegen die Nahrungsaufnahme und muß gefüttert werden. — 30. X. Liegt still im Bett, mutistisch, auch auf Fragen; hält sich die Augen zu, immer reinlich, starker Negativismus. — 1. XI. Liegt in katatonischer Stellung im Bett, hält sich den Hals zu. — 15. XI. Immer vollständig mutistisch und negativistisch. — 29. XI. Verunreinigt sich mit Kot, mutistisch. — 14. XII. Nahrungsaufnahme gut. Völlig mutistisch, liegt in eigentümlich-gezwungener Haltung im Bett, beide Hände gekreuzt fest auf den Hals gedrückt. Unsauber mit Kot und Urin. — 26. XII. Unverändert. — 15. I. Spricht kein Wort, reagiert auf nichts, liegt in gezwungener Stellung im Bett. Bei Versuchen sie anzuziehen wird sie aggressiv. Unsauber. — 23. I. Unverändert in die Pflege-Anstalt überführt. — VIII. 08. Vollkommen verwirrt, meist mutistisch, unsauber, liegt viel

am Boden; sehr stumpf, muß zum Essen genötigt werden. — XII. 08. Ganz stumpf, zuweilen unrein. — I. 10. Unverändert. Dasselbe Verhalten.

Überblicken wir den Verlauf und die Erscheinungen dieses Krankheitsfalls, so sehen wir, daß der jetzigen Psychose vor einigen Jahren — Pat. war damals 32 Jahre alt — eine ähnliche vorausgegangen ist, die aber bald in Heilung überging. Die jetzige psychische Veränderung entwickelte sich allmählich, die bisher intelligente Frau wurde stumpfer, kümmerte sich um nichts mehr. Eine initiale depressive Phase wurde nicht beobachtet, es trat schon zu Anfang eine gewisse Gleichgültigkeit hervor; bald folgten negativistische Symptome: Mutismus, Verweigerung der Nahrung und der körperlichen Pflege. Vor Aufnahme in die Anstalt bestand ein mehrwöchentlicher Erregungszustand, der aber bald wieder in eine entgegengesetzte Phase überging, denn bei der Aufnahme war Pat. ruhig, zeigte Mutismus und ausgesprochenen Negativismus, dazu gesellten sich katatonische Stellungen und Verunreinigung mit Kot und Urin. Besonders die Stummheit war eine sehr hartnäckige. In der Pflegeanstalt bildete sich dann ein Zustand völliger Verwirrtheit aus, der allmählich unter Rückgang der katatonischen Symptome in allgemeine geistige Stumpfheit überging, die noch heute besteht. Während des ganzen Krankheitsverlaufs sind Krampfzustände oder Lähmungen nicht aufgetreten, ebenso fehlten Hallucinationen und Wahnideen. Bemerkenswert ist, daß Pat. beide Male zur Zeit der Laktation erkrankte. Wir sehen, wie der ersten Erkrankung eine erhebliche Remission — denn als solche ist die angebliche „Heilung" wohl aufzufassen — gefolgt ist, der bald ein neuer heftigerer Schub folgte. Dieser führte dann zu der schon erwähnten apathischen Stumpfheit und Geistesarmut, die nun schon Jahre lang dauert, sodaß man jetzt wohl von einem Endzustand reden kann.

A. G., 50 Jahre alt (J.-Nr. 4386), geb. 24. V. 1857.

Anamnese: Hat sich normal entwickelt, immer gesund gewesen. Heiratete mit 23 Jahren; glückliche Ehe. Der Mann starb vor 15 Jahren an Phtise. War immer sehr ruhig; der Tod ihres Mannes soll ihr sehr nahe gegangen sein.

Arbeitete sehr angestrengt, kam selten ins Freie. Seit 1 Jahr blieb sie immer zu Hause, seit etwa 5 Wochen sprach sie immer „von heiligen Sachen“: Diese Ostern würde man eine Auferstehung feiern wie noch nie; Gott habe ihr die Wege gewiesen und die werde sie auch ausführen. Glaubte, der Sohn löge sie an, weinte ohne sichtbaren Grund, dann lachte sie wieder vor sich hin. Seit einigen Tagen war sie völlig mutistisch, reagierte auf Fragen nur mit Kopfbewegungen; machte sich ganz steif, den Kopf zurückgelegt. Öffnete seitdem die Augen nicht mehr, war immer in schlafähnlichem Zustande, steif. Seit Beginn dieses Zustandes sehr blaß. Urin und Stuhl werden zurückgehalten. — Bei der Aufnahme muß Pat. auf die Abteilung getragen werden, sie reagiert auf keinen Anruf, liegt mit geschlossenen Augen im Bett. Beim Versuch, die Augenlider zu heben, werden diese noch fester zugekniffen, ebenso setzt Pat. passiven Bewegungen Widerstand entgegen. Verweigert die Nahrung; der Versuch, ihr Milch beizubringen, mißlingt, sie läßt dieselbe aus dem Munde herauslaufen. Es besteht Analgesie, selbst tiefe Nadelstiche rufen keine Reaktion hervor; die Pupillen sind mittelweit, gleichrund, zeigen prompte, ausgiebige Reaktion; die Sehnenreflexe sind schwach, Hautreflexe sind nicht auszulösen. Körperbau schwächlich, Ernährungszustand schlecht (Gewicht 76 Pfund), es besteht ein Vitium cordis, seit mehreren Jahren Menopause. — 14. IV. 07. Pat. hat in der Nacht mit geschlossenen Augen in Rückenlage regungslos im Bett gelegen. — Es gelingt nicht der Pat. Milch beizubringen. Sondenfütterung, bei der sie sich sträubt, den Mund zukneift, die Augen nicht öffnet. Hat sich stark mit Kot verunreinigt, ohne die Rückenlage zu verlassen. Sie liegt mit geschlossenen Augen ganz regungslos im Bett, befolgt keine Aufforderung. Bei der körperlichen Untersuchung sträubt sie sich, bleibt jedoch im Bett aufgesetzt ruhig sitzen. — 17. IV. Hat sich in der Nacht wieder mit Kot verunreinigt; soll nachts viel geweint haben, sträubt sich beim Fütterungsversuch sehr. — 18. IV. Pat. nimmt auf vieles Drängen 1 Tasse Milch zu sich. — 20. IV. Muß zweimal täglich mit der Sonde gefüttert werden; leistet heftigen Widerstand dabei. Liegt sonst still mit geschlossenen Augen im Bett, völlig mutistisch und oft unrein-

lich. — 23. IV. Unverändert völlig mutistisch und negativistisch. Die Glieder sind schlaff, doch vollständig regungslos. Keine Flexibilitas cerea. Pat. ist zu einer sprachlichen Äußerung oder zur Ausführung einer aufgetragenen Bewegung nicht zu veranlassen. Verunreinigt sich mit Kot und Urin. — 25. IV. Verweigert fortgesetzt die Nahrung. Macht kreisende Bewegungen mit dem linken Arm, oft 1/4 Stunde lang. — 28. IV. Andauernd Mutismus und ausgesprochener Negativismus. Immer unsauber. Macht heute lange Zeit Grußbewegungen, dann kreisende Bewegungen mit dem linken Arm. — 13. V. Unverändert. Macht monotone Grußbewegungen. — 18. V. War gestern abend erregt, schimpfte in unflätigen Ausdrücken, liegt dann wieder stumm und regungslos; auch morgens kurzer Erregungszustand, äußerte, als man sie aufforderte zu essen: „es sei ein Saufraß". Bei der Visite vollständig mutistisch, fängt jedoch an zu weinen, als ihr mitgeteilt wurde, daß ihr Sohn kommen würde. — 21. V. Pat. droht anderen Kranken mit dem Finger, beklagt sich beim Arzt, eine erregte Kranke habe sie geschlagen. „Warum essen Sie nicht?" ich bekomme nicht was ich will. Äußert dann, im Eßen sei Gift, alle Menschen hier seien Lügner. Pat. bestreitet, krank zu sein, sie habe hier eine Hungerkur durchmachen müssen. Sie habe nicht mehr gesprochen, da sie sich zu Hause über ihre alte Mutter, die oft betrunken gewesen sei, sehr aufgeregt habe. Gibt weiter an, sie habe die rotierenden Armbewegungen gemacht, da sie glaubte, das solle ein Zeichen sein und bei der Untersuchung diese Bewegung ihr einmal gezeigt worden seien (zutreffend, daß auf diese Störungen wiederholt untersucht wurde); sie habe diese Bewegungen für ein geheimes Zeichen gehalten. „Sie sei doch nicht närrisch, die anderen seien nicht recht im Kopfe." — 22. V. Heute wieder mutistisch. Muß gefüttert werden. Immer unreinlich. — 24. V. Freut sich über den Besuch des Sohnes; äußert, sie werde hier vergiftet, alles sei verzaubert. Redet den Arzt mit „Du" an, bezeichnet ihn als Hexenmeister, der in einem schwarzen Lügenbuch alles aufschreibe. — 28. V. Verkennt die Ärzte, ist örtlich nicht orientiert. — 2. VI. Pat. spricht nur auf Befragen, hält an ihren Wahnideen fest; wird 2 mal täglich

mit der Sonde gefüttert. — 13. VI. Pat. ißt allein ausreichend, hält den Arzt für ihren verstorbenen Mann. — 15. VI. Ißt sehr viel, in der Nacht singt sie laut. — 17. VI. Immer noch unreinlich mit Kot und Urin. — 29. VI. Hält an ihren Personenverkennungen fest; unreinlich mit Kot und Urin. — 14. VII. Jetzt stets reinlich; gegen den Arzt immer etwas erotisch. — 1. VIII. Hält an ihren Personenverkennungen fest. — 21. VIII. Ißt nur morgens und abends; liegt bei der Visite mit geschlossenen Augen im Bett, ist völlig mutistisch. Reinlich. — 7. IX. Hat in den letzten Tagen nur noch getrunken; völlig mutistisch. Regt sich bei einem Fütterungsversuch mit der Sonde sehr auf, schimpft den Arzt in den gemeinsten Ausdrücken. Verspricht auch ohne Fütterung zu eßen, nimmt in der Tat Mittags- und Abend-Mahlzeit zu sich. — 12. IX. Ißt wieder regelmäßig, sonst unverändert. — 22. IX. Wieder mutistisch. Ißt äußerst unmanierlich, beschmiert sich mit den Speisen. — 13. X. Pat. bezeichnet sich als Prinzessin, weigert sich aufzustehen. Glaubt immer noch in ihrer Heimat zu sein. — 25. X. Hält an ihren Wahnideen fest. Ungeheilt in die Pflegeanstalt überführt. — I. 08. Schimpft, im Eßen seien Schlangen, sie sei gemordet worden, verkennt ihre Umgebung. — XII. 08. Stumpf, arbeitet selten. — I. 10. Unverändert stumpf und gleichgültig. — 22. II. 10 Legt sich zuweilen ohne ersichtlichen Grund am Tage ins Bett; im übrigen stumpf und teilnahmslos. — 12. III. 10. Erotisch; sagt zum Arzt: „ich will, daß Sie es mir öffentlich tun!“ hebt ihre Kleider hoch.

In diesem Falle fällt als prodromales Symptom die starke Zurückgezogenheit auf, in der Pat. ein Jahr lang lebte, indem sie während dieser Zeit ihre Wohnung nicht verließ. Eine psychische Veränderung wurde jedoch erst später beobachtet, als ein kurzes Stadium der Erregung mit erhöhtem Rededrang einsetzte; dabei traten religiöse Vorstellungen in den Vordergrund, die in prophetischer Weise geäußert wurden.

Außerdem machte sich bei der bisher ruhigen Frau eine große Labilität der Stimmung bemerkbar. Dann änderte sich der Zustand ziemlich plötzlich: es traten Schweigsamkeit und Steifheit auf, wobei die Augen geschlossen gehalten wurden, sodaß der Zustand als schlafähnlicher imponierte;

es fiel außerdem eine starke Blässe der Haut auf und die Zurückhaltung von Stuhl und Urin. Bei der Aufnahme wurde außer diesen Symptomen noch ausgesprochener Negativismus, völlige Nahrungsverweigerung, Analgesie, Herabsetzung der Sehnen- und Aufhebung der Bauchreflexe festgestellt; außerdem bestand ein Vitium cordis. Bald auftretende Bewegungsstereotypien vervollständigten den katatonischen Symptomenkomplex. Die Muskelspannung wich später einem völligen Erschlaffen besonders der Extremitäten-Muskulatur, dabei blieb die Regungslosigkeit unverändert bestehen. Dieser Zustand völliger Stummheit und Regungslosigkeit dauerte über einen Monat. Da änderte sich das Verhalten, es traten kurze Erregungszustände mit Schimpfparoxysmen auf, während in der Zwischenzeit wieder Mutismus herrschte. Im weiteren Verlauf erfüllte sich das Vorstellungsleben mit einer Reihe von Wahnideen und unter Vorwalten der Hemmung und Apathie entwickelte sich allmählich das schon Jahre dauernde Stadium völligen Stumpfsinns. — Die während der ersten Zeit der Erkrankung hartnäckig durchgeführte Nahrungsverweigerung, die bei der Katatonie meist ein Symptom der negativen Tendenz ist, in diesem Falle teilweise auf bestimmten Motiven beruhte, wurde späterhin überwunden; sie aß dann häufig allein, zuweilen sogar sehr viel. Dieser Umstand und die Beobachtung, daß Pat. bei einem vergeblichen Fütterungs-Versuch versprach, spontan zu essen, dies auch in der folgenden Zeit tat, sprechen dafür, daß auch hier die Nahrungsverweigerung in der Hauptsache als Resultat des Nichtwollens aufzufassen ist. Auch in diesem Fall trat das Symptom der Personen-Verkennung auf, die wohl auf Grund von Wahnvorstellungen beruhen; als Zeichen allgemeiner Dissociation können sie jedenfalls nicht gelten, denn diese fehlte, auch zeichnete sich die Personen-Verkennung durch eine gewisse Stabilität aus. Zeitweise war eine geschlechtliche Ueberreizung vorhanden, die sich durch erotisches Wesen gegen die Ärzte kund gab. Religiöse Vorstellungen, wie sie im Beginn der Erkrankung vorherrschten, wurden nicht wieder beobachtet. Von somatischen Erscheinungen ist außer einer starken Unterernährung bei der Aufnahme eine völlige Analgesie beobachtet worden,

die vielleicht nur auf eine Aufhebung der Reaktionsmöglichkeit infolge motorischer Hemmung zurückzuführen ist. Das Fehlen der Hautreflexe spricht allerdings für eine Schwächung der Sensibilität. Heftigere motorische Entladungen, besonders Convulsionen irgend welcher Art wurden nicht beobachtet, ebensowenig Lähmungen.

M., 34 Jahre alt (J.-Nr. 3734), geb. 1871.

Anamnese: Vater war etwas nervös. Gute geistige Entwicklung. Immer still gewesen. Als Kind Diphtherie, später Typhus durchgemacht. Mit 27 Jahren heiratete sie. Unglückliche Ehe. In letzter Zeit anstrengende Pflege ihres kranken Mannes, außerdem viel Kummer und Sorgen, Vor 4 Monaten Magenverstimmung. Kam vor wenigen Tagen höchst erregt von einem Spaziergange nach Hause, sprach irre und schlug um sich. — Bei der Aufnahme ergibt die körperliche Untersuchung gesteigerte Reflexe; es besteht starke motorische Agitation mit ideenflüchtiger, incohaerenter Redeweise. Ist nur selten auf kurze Zeit zu fixieren, gibt dann ihre Personalien richtig an. — 21. V. 05. Ißt nicht, trinkt nur Milch auf vieles Zureden. Antwortet auf hallucinatorische Zurufe, klopft gegen die Wand, schlägt nach dem Arzt. — 22. V. Hält den Urin an, zupft sich immer an der Brustwarze, motorisch erregt, spricht vor sich hin. — 24. V. Verweigert die Nahrung, muß mit der Sonde gefüttert werden. Lacht viel, spricht incohaerent, viele Klangassociationen; ist vorübergehend zu fixieren. — 26. V. Plötzlich stuporös, liegt starr im Bett, die Augen geradeaus gerichtet, völlig mutistisch. — 30. V. Unverändert, anhaltender Mutismus, kein Negativismus. — 2. VI. In der Nacht mit Kot verunreinigt. Fortgesetzte Nahrungsverweigerung, Sondenfütterung. — 15. VI. Schreibt heute einen geordneten Brief nach Hause. — 1. VII. Wieder anhaltender Mutismus eingetreten. — 5. VII. Heute zugänglicher, klagt über körperliche Schmerzen. — 15. VII. Wechselndes Verhalten, meist stuporös, zeitweise hallucinatorische Erregungszustände. — 27. VII. Liegt tagelang stuporös im Bett, muß gefüttert werden. — 30. VII. Hat einen vollkommen zusammenhanglosen Brief mit nichtssagenden Redewendungen nach Hause geschrieben. — 10. VIII. Deutlicher Negativismus, liegt mit geballten Fäusten im Bett. — 15. VIII.

Sehr erregt, schreit laut. — 18. VIII. Wieder vollkommen negativistisch. Läßt ihren Urin in den Schuh! — 21. VIII. Hatte im Bad einen Anfall: fiel nach rechts, hatte Zuckungen im rechten Facialis, näßte dabei ein, kein Zungenbiß. — 24. VIII. Erkundigt sich, wo sie hier eigentlich sei, wie lange sie schon da sei. — 25. VIII. Wieder mutistisch. Schnauzkrampfstellung des Mundes. — 1. IX. Vollkommen mutistisch und negativistisch. — 15. IX. Jeden zweiten Tag abstiniert die Pat. und liegt stuporös im Bett, schlägt, wenn sie gefüttert werden soll. — Am folgenden Tag ist sie ganz nett, gibt Antwort und ißt gut. Auf Befragen gibt sie an, sie wisse nicht, warum sie das alles tue, kann ihr Benehmen nicht erklären. — 27. XI. Ungeheilt in eine andere Anstalt überführt, wo Pat. 1 Jahr später gestorben ist. Die Todesursache konnte leider nicht ermittelt werden.

Dieser Fall zeichnet sich durch seinen akuten Beginn aus: im Anschluß an anstrengende Krankenpflege und mancherlei Sorgen wurde M. plötzlich psychisch krank; mit einer starken Beschleunigung des Vorstellungsablaufs war eine hochgradige motorische Agitation verbunden, dabei war die Ideenassociation eine vollständig incohaerente. Nur zwischendurch traten lucide Intervalle auf, in denen Pat. völlig geordnet und orientiert war. Hallucinationen waren schon zu Beginn der Erkrankung vorhanden, sodaß die Incohaerenz als sekundäre, hallucinatorische aufzufassen ist. Bald traten Urinretention und stereotype Bewegungen auf, auch wurde die Nahrung verweigert, sodaß Sondenfütterung nötig war. Dabei bestand immer noch motorische Erregung; die sprachlichen Äußerungen waren auch jetzt noch incohaerent und boten häufige Klangassociationen. Dieser Zustand änderte sich nach wenigen Tagen plötzlich, indem vollkommener Stupor auftrat mit katatonischer Spannung der Muskulatur, bald gesellte sich noch Negativismus zum Symptomenbilde. Im weiteren Verlaufe wechselten stuporöse mit Erregungszuständen ab, doch herrschten erstere vor. Das Auftreten eines epileptiformen Anfalls mit Zuckungen im Gebiet des rechten Facialis und mit Einnässen, aber ohne Zungenbiß und die schnauzkrampfartige Vorstülpung der Lippenmusculatur, welche wir als Bewegungsstereotypie aufzufassen haben, zeigt wieder, wie oft

Hemmungssymptome und motorische Reizerscheinungen parallel nebeneinander herlaufen. Bis zu welchem Grade von Incohaerenz, auch der motorischen Aktionen es in diesem Falle kam, lehrt die Tatsache, daß Pat. in ihren Schuh urinierte; es ist dies ein Beispiel von Parapraxie, bei welcher der kranke falsche, in gar keiner Beziehung zu den Vorstellungen stehende Bergungen oder Handlungen ausführt. Auch der psychische Zustand war veränderlich: Phasen starker Incohaerenz und Desorientierung, in welchen Pat. ratlos nach Ort und Zeit fragt, wechselten mit Zeiten ab, in denen Pat. zugänglicher und geordneter war. Erwähnenswert ist, daß in klaren Momenten auf Befragen keinerlei Motive für das veränderte Benehmen und die krankhaften Handlungen angegeben werden mit der Äußerung, sie wisse nicht, warum sie das tue. — Überblicken wir den ganzen Krankheitsverlauf, so sehen wir nach einem kurzen Stadium motorischer Erregung mit hallucinatorischer Incohaerenz das Bild des katatonischen Stupors eintreten, der später zuweilen von Erregungszuständen unterbrochen wurde. Während der ½jährigen Beobachtung konnte ein intellektueller Defekt nicht festgestellt werden, auch kein Abblassen des Affekts. 1 Jahr nach ihrer Entlassung ist Pat. in einer anderen Anstalt gestorben, leider ist die weitere Krankengeschichte und die Todesursache unbekannt; insofern ist diese Mitteilung nur eine fragmentarische.

M. N., 31 Jahre alt. (J.-Nr. 4167), geb. 21. VI. 1875.

Anamnese: Eltern leben, sind gesund; 1 Schwester beging Suicid. Normal entwickelt, immer gesund gewesen, auch psychisch keine Störungen. Heirat mit 30 Jahren. 1. Geburt am 27. VIII. 1908 (Zangengeburt), ersten Tage fieberfrei, am 1. IX. 38,5, begann plötzlich verwirrt zu sprechen, phantasierte, erkannte aber ihre Umgebung; war dann wieder zeitweise klar. Nach der Aufnahme: sitzt still im Bett, ist orientiert, rechnet richtig, kurze Zeit später versteht sie die Fragen des Arztes nicht mehr (hallucinatorische Eindrücke?) Sehnenreflexe beiderseits schwach, wohl die Folge der bestehenden Muskelspannung, Pupillen mittelweit gleichrund, reagieren prompt und ausgiebig. In der Nacht heftiger Erregungszustand, nach Narkotika Schlaf. — 2. IX. Ganz klar und geordnet, erkundigt sich nach ihrem Kind, freut

sich über dasselbe. — 3. IX. War heute morgen 10 Minuten unklar, schrie laut, schimpfte, schien Phoneme zu haben. Später klar. Gibt richtig Antwort, führt alle aufgetragenen Bewegungen rasch aus. Über Hallucinationen gibt sie keine rechte Auskunft; sie meint, sie schwitze so viel, und da wisse sie manchmal nicht, was sie sage. — 4. IX. Heute mehrfach unklar. Grimassiert, schnalzt, singt, pfeift, kreischt. Verkennt die Personen, auch ihren eigenen Mann. Ist nicht zu fixieren. — 5. IX. Lucide Intervalle, in denen sie vollkommen orientiert ist, immer seltener. Schreit dem Arzt heute entgegen: „Ich bin gestorben", jede Silbe laut betonend. Singt, wirft die Bettstücke durcheinander. — 6. IX. Liegt in Rückenlage im Bett, blickt starr, mit weitgeöffneten Augen zur Decke, schreit ab und zu. Fast den ganzen Tag unklar, wird gefüttert. — 8. IX. Psychisches Verhalten unverändert. Sucht öfter außer Bett zu klettern, entblößt sich. — 12. IX. Dauernd unklar. Dauernde motorische Unruhe. Grimassiert, singt, pfeift. Zerhackt die Worte beim Sprechen in die einzelnen Silben. — 14. IX. Trotz Narkotika nachts hochgradig erregt. — 17. IX. Heute abend plötzlich auf einige Minuten klar. — 21. IX. Singt und pfeift fast immer dieselben Melodien. — 24. IX. Schmiert viel mit Speichel. — 28. IX. Besuch der Mutter und des Mannes lassen keine psychische Reaction erkennen. — 3. X. Verlangte heute nach ihrem Kinde. — 6. X. Viel außer Bett, kriecht auf dem Boden umher. — 8. X. Reicht auf Aufforderung die Hand, schmiert viel mit Speichel, ißt schlecht. — 12. X. Auf die Frage: „Wo hier?" richtige Antwort; weitere Fragen beantwortet sie nicht, sondern pfeift. — 16. X. Bei mehrfachen Besuchen ihres Mannes und ihrer Mutter nimmt sie keine Notiz von diesen. — 24. X. Im ganzen etwas ruhiger, liegt mehr zu Bett. — 28. X. Liegt meist still, z. T. mit verdecktem Gesicht zu Bett; angeredet, beginnt sie sofortzu pfeifen, macht dazu gelegentlich taktmäßige Bewegungen mit den Händen. — 6. XI. Wird wieder erregter. Kriecht viel auf dem Fußboden umher, singt mit meckernder Stimme, ist nicht zu fixieren. — 8. XI. Verharrt in eigentümlichen Stellungen: die Ellenbogen an den Kopf gelegt, kauert viel im Bett, grimassiert und pfeift. — 11. XI. Schmiert viel mit Speichel. Schläft ohne Hypnotika nicht. — 15. XI.

Beim Besuch des Mannes völlig teilnahmslos, drehte ihm den Rücken zu. - 19. XI. Ist nicht zu fixieren, gibt auf Aufforderuug nur gelegentlich die Hand. -- 21. XI. Kauerte in Knieellenbogenlage ¼ Std. lang auf dem Fußboden neben dem Bett. — 24. XI. Heute früh klar, Gesichtsausdruck frei; wurde im Laufe des Vormittags wieder unklar. — 25. XI. Sitzt im Bett, hat mit der linken Hand ihren Zopf ergriffen und hält diesen gespannt hinter sich, verharrt in dieser Stellung, blickt starr gerade aus. — 27. XI. Sitzt im Bett, antwortet auf die Frage „Wie gehts?“ damit, daß sie mit meckernder Stimme vor sich hin skandiert: „Der Herr Je — sus Chris — tus — hat . . . . .“, deutet dann mit dem linken Zeigefinger auf das Entglied des rechten Zeigefingers und sagt: Schluß. — 1. XII. Heute klar, arbeitete etwas mit, dann wieder heftiger Erregungszustand. — 2. XII. Beim heutigen Besuch keinerlei Reaktion. — 3. XII. Entblößt sich viel, kauert auf dem Fußboden herum; ist sehr widerstrebend. Muß gefüttert werden. — 10. XII. Kriecht unter Betten und Matratzen, verharrt lange Zeit in Stellungen, behält auch passiv ihre erteilten Stellungen minutenlang bei. — 18. XII. Heute heftiger Katatoner Erregungszustand. — 21. XII. Liegt in katatonischen Stellungen auf dem Boden, den Fußboden mit der Stirn berührend. — 22. XII. Erregt, äußert, man solle die Tür schließen, sie wolle sterben. Am Abend starke Salivation bei der ruhig im Bett liegenden Pat. — 29. XII. Nimmt vom Ehemann keine Notiz. — 1. I. 07. Pat. spricht vollständig incohaerent, äußert, daß sie gestorben sei. — 10. I. Redet den Arzt bald als Hofkapellmeister, bald als Herr Christus an. 30. I. Schmiert Kot auf ihr Brot, ißt davon. -- 8. II. Andauernd erregt, erhält abends häufig Hypnotika. - 21. II. Mutistisch, gestikuliert nur. — 2. III. Zeitweise deprimiert, weint. 14. III. Unverändert tobsüchtig. — 21. IV. Meist traurig erregt, schimpft den Arzt in obszönen Ausdrücken. — 19. V. Völlig verwirrt. Stereotypien in Sprache und Haltung, grimassiert unaufhörlich; muß stets nachts Hypnotika erhalten. — 13. VI. Spricht nicht beim Besuche des Mannes, äußert keine Spur von Teilnahme. 28. VI. Unverändert erregt. — 14. VII. Wird jetzt etwas ruhiger, klettert im Garten auf Bäume. — 29. VII. In die Pflegeanstalt überführt. — 4. XI. Zeitweise stark erregt, ist

unsauber. — 24. IX. 09. Springt durchs Fenster und verletzt sich dabei. — 24. I. 1910. Ruhig, sitzt meist untätig im Saale umher, zuweilen treten Erregungszustände auf; hochgradige Demenz.

In diesem Falle sehen wir bei einer 31jährigen bisher immer gesund gewesenen Frau im Anschluß an die erste Geburt einen Zustand von akuter Verwirrtheit auftreten, der zeitweise mit heftigen Erregungen verbunden war. Zwischendurch folgten Intervalle, in denen Pat. vollkommen orientiert und klar war; mit der Zeit wurden diese immer seltener und es traten motorische Erscheinungen auf, die dem katatonischen Symptomencomplex zugehören: Häufige eigenartige Haltungsstereotypien, Nahrungsverweigerung, flexibilitas cerea, zeitweise Mutismus und Negativismus. Es bestand große Neigung zum Grimassieren, Schnalzen, Singen und Pfeifen, dabei ist bemerkenswert, daß sie fast immer dieselben Melodien sang und pfiff; diese Wiederholung ist gewissermaßen eine „Verbigeration auf musikalischem Gebiet"; auch beim Anreden begann sie oft sofort zu pfeifen. Zeitweise bestand starke Salivation. Die Sprache zeigte zuweilen skandierenden Charakter. Wir sehen, in wie eigenartiger Weise hier Hemmungs- und Erregungs-Entladungen auf motorischem Gebiet verbunden sind. Im Allgemeinen herrschten Erregungszustände vor, die sich zuweilen bis zur Tobsucht steigerten.

Auf psychischem Gebiet fällt die große Gleichgültigkeit gegen ihre Familie auf; nur im Anfang hat sie noch mehrmals nach ihrem neugeborenen Kinde sich erkundigt, während häufige Besuche ihrer Angehörigen niemals irgendeine Teilnahme hervorriefen. Auch hier sehen wir, wie bald Interesselosigkeit in Erscheinung tritt, der Affekt tritt völlig zurück. Die Stimmung war, abgesehen von einer kurzen Depressions-Phase mit Neigung zum Weinen durchaus indifferent, apathisch. Die Personenverwechslung ist wohl als Teilerscheinung der allgemeinen Incohaerenz aufzufassen. Die vollständige Gleichgültigkeit allerdings, die Pat. bei wiederholten Besuchen ihres Mannes zeigt, deutet auf einen Verlust des betreffenden Erinnerungsbildes hin. Auch andere Momente lassen den beginnenden Schwachsinn erkennen: das Vorkommen von Koprophagie, wohl eine Folge schwachsinniger Größenideen;

der Sinn für Sauberkeit ließ allmählich nach, Verunreinigung kam öfter vor, häufig offenbarte sich auch ein großer Mangel an Anstand, indem sie sich entblößte. Eine Verarmung der ethischen Gefühle ist hier unverkennbar. Merkwürdig war noch die mehrmalige Äußerung, sie sei gestorben. Außer dieser krankhaften, auf dem Boden einer tiefgestörten Selbstempfindung entstandenen Vorstellung wurden andere Wahnideen nie geäußert. Im weiteren Verlauf entwickelte sich das jetzt noch währende Stadium hochgradiger Demenz mit fast vollkommener Untätigkeit und Ruhe, die zuweilen noch von Erregungszuständen unterbrochen wird.

M. C., 58 Jahre alt (J.-Nr. 3803), geb. 10. X. 1847.

Intelligente Frau. War immer leicht erregbar und hatte lebhafte Phantasie. Tochter leidet an circulärer Psychose, hat sich sehr darüber aufgeregt, schlief schlecht, kam körperlich nach und nach herunter. Erkrankte plötzlich unter den Erscheinungen einer hallucinatorischen Verwirrtheit, die zunächst nur einige Stunden anhielt und einem scheinbar vollständig freien Intervalle Platz machte. Neue hallucinatorische Erregungszustände machten die Überführung in die Anstalt notwendig. — Seit 8 Jahren besteht Menopause. Schlechter Ernährungszustand. Lebhafte Reflexe, Pat. spannt bei Auslösung derselben. Leichte linksseitige Hyperalgesie, links Mamal- und Supraclaviculardruckpunkt. Pat. ist bei der Aufnahme anscheinend ruhig und geordnet, erzählt, sie sei geisteskrank, habe sich sehr aufgeregt, habe Stimmen gehört, die Erkrankung ihrer Tochter habe sie verwirrt. In der weiteren Unterhaltung wird Pat. zunehmend unklarer, lacht, bezeichnet den Arzt als ihren König usw. — 23. VII. 05. In der Nacht heftiger hallucinatorischer Erregungszustand, schreit laut auf, ruft um Hilfe. — Ißt leidlich. Zuweilen vollständig freie, lucide Intervalle. — 24. VII. Geht heute außer Bett, verkennt die Personen ihrer Umgebung, wird aggressiv gegen Mitkranke. Äußert, man habe ihr Gift gegeben, die Menschen meinten es nicht gut mit ihr, wird bei längerer Unterhaltung vollständig verwirrt und ängstlich. — 25. VII. Ißt nur gefüttert. Bejaht die Frage, ob sie Stimmen höre, gibt aber keine weitere Auskunft. — 27. VII. Sehr wechselndes Verhalten, oft heftige motorische Agitation, oft stuporös. Viele

Illusionen. — 1. VIII. Etwas ruhiger; verkennt immer wieder die Umgebung, schläft gut, stets nach dem Erwachen vollständig verwirrt. — 5. VIII. Bleibt ruhig im Bett liegen, erkundigt sich in den besseren Stunden nach ihrer Tochter, freut sich, daß es ihr besser gehe. — 15. VIII. Dauernd ruhiger. — 18. VIII. Beim Besuch des Ehemannes ruhig und geordnet. — 21. VIII. Sehr ängstlich, hat viele Hallucinationen, bittet auf den Knien um Gnade. — 23. VIII. Hat sehr beängstigende Träume, kann Träume und Wachbewusstseinsinhalt nicht trennen. — 26. VIII. Viele Visionen. Ißt gefüttert gut. — 28. VIII. In der Nacht gar nicht geschlafen, ging immer außer Bett. — 3. IX. Anfallsweise heftige Angst, Hallucinationen. Reißt sich das Hemd vom Leibe und stellt sich nackt aufs Fensterbrett. Näßt ein! — 8. IX. Am Nachmittag ganz klar: gab an, daß sie lebensmüde sei. Fragt, ob sie wieder gesund werden würde und freut sich über die Versicherung, daß das der Fall sein werde. — 14. IX. Immer gehäufte Hallucinationen und Angstanfälle. — 21. IX. Etwas ruhiger, reicht dem Arzt die Hand, macht Versuche zu sprechen, bringt kein Wort hervor. — 10. X. Liegt oft starr mit fest nach der Decke gerichteten Augen im Bett. Reinlich, ißt ausreichend. — 12. X. Sehr unruhig und ängstlich, steht oft mit erhobener Hand im Bett. War unreinlich. — 8. XI. Immer noch sehr erregt. Verunreinigt sich, muß gefüttert werden. — 29. XI. Näßt ein und äußert, darüber zur Rede gestellt: sie sei doch noch ein ganz kleines Kind, das dies nicht anders machen könne! — 20. XII. Meint, sie sei schon 5 Jahre hier, sie sei in der Hölle gewesen, gibt an, die sie bedienende Wärterin würde immer größer und größer. — 29. XII. Wieder hallucinatorisch bedingte starke Erregung, näßt oft ein. — 13. I. 06. Räumt das Bett aus, zieht sich nackt aus, verunreinigt das Bett. — 26. I. Freut sich über einen Brief ihrer Tochter, ist etwas zugänglicher. — 2. II. Schläft schlecht. Liest die von ihren Angehörigen geschriebenen Briefe nicht; immer noch unreinlich. — 13. II. Unverändert. — 17. II. Verunreinigt sich oft, läßt Urin ins Zimmer. — 9. III. Der Besuch des englischen Geistlichen hat anscheinend wenig Eindruck auf sie gemacht, obwohl sie ihn von früher her kannte. — 13. III. Sitzt viel mit ge-

schlossenen Augen da. Zeigt deutlich flexibilitas cerea. Halluciniert viel. — 24. III. Ein neuer Besuch des Geistlichen hat keinen Eindruck auf sie gemacht. Unreinlich! — 21. IV. Mehrere Besuche des Ehemanns machen keinen Eindruck auf sie; bei der Abreise desselben gleichgültig. — 7. V. Sehr abweisend, schiebt den Arzt bei der Visite fort. — 12. V. Sehr ängstlich, am Abend vollständig klar, ist annähernd orientiert. — 17. V. Auch bei Besuchen des Mannes abweisend, näßt während derselben ein. — 20. V. Steht oft in katatonischen Stellungen, schwitzt beim Festhalten dieser gezwungenen Gliederstellungen oft sehr stark. — 26. V. Geht täglich in den Garten, sträubt sich oft sehr. — 28. V. Wälzt sich beim Besuch des Mannes auf dem Boden umher. — 16. VI. Oft unreinlich, abweisend. — 23. VI. Sehr erregt, unreinlich, sucht bei der Visite die Kleider in die Höhe zu heben. — 14. VII. Unverändert. — 30. VII. Klar und geordnet, war mit dem Mann im Garten. — 9. VIII. Freut sich über den Besuch der Tochter. — 11. VIII. Viele Halluzinationen, unreinlich. — 15. IX. Hat eine Cystitis. Psychisch unverändert. — 29. IX. Ißt sehr schlecht, muß mit großer Mühe gefüttert werden. Oft unsauber, liegt in katatonischen Stellungen. — 13. X. Psychisch ganz unverändert, bei der Visite stets völlig mutistisch. — 18. X. Ängstliche Erregung mit stuporösen Zuständen abwechselnd. Nahrungsaufnahme unregelmäßig. — 1. XII. Sehr ängstlich; oft katatonische Stellungen. — 28. XII. Freut sich über die Geschenke ihrer Tochter. — 7. I. 07. Verunreinigte sich in Gegenwart anderer Damen, verlangte sofort weggeholt zu werden, damit sie nicht lästig falle. — 21. I. Macht selbst die Wärterin darauf aufmerksam, wenn sie sich verunreinigt hat. — 18. III. Unverändert. Immer unreinlich. — 24. III. Wieder unruhiger, geht viel außer Bett; läuft im Hemd auf dem Corridor umher. — 14. VII. Keinerlei Fortschritte, verkennt den Arzt, hält ihn für den Teufel. — 5. IX. Hat mit dem Manne kaum gesprochen, sucht ihn gleichwohl am Abend; kommt im Hemd in den Salon. — 7. IX. Hat nach der Abreise des Mannes heftig geweint. Wird von der Wärterin laut singend angetroffen. — 15. IX. Sucht noch immer — häufig im Hemd — nach ihren Angehörigen. — 25. IX. Bei der Visite stumm,

leichtes Runzeln der Stirn. — 2. XII. Hat sich über den letzten Besuch des Ehemanns gefreut. — 2. II. 08. Verunreinigt sich seltener, nimmt oft katatonische Stellungen ein und zeigt deutlichen Negativismus. — 1. VI. Immer noch zuweilen auf Grund von Hallucinationen ängstlich. — 25. VII. Freut sich über Briefe des Ehemanns; sonst unverändert. — 7. X. Ruhiger. — 6. XII. Läuft gelegentlich im Hemd umher und sucht ihre Angehörigen. — 2. II. 09. Sitzt meist teilnahmslos im Zimmer. — 15. II. Psychisch unverändert. — 27. II. Besuch des Mannes hat wenig Eindruck auf sie gemacht. Unreinlich. — 5. V. Ungeheilt in die Heimat überführt. Zustand unverändert.

In diesem Fall ist der Ausbruch der Krankheit ein akuter: nach größeren Aufregungen, die die Folge einer psychischen Erkrankung der Tochter waren, erkrankte Pat. plötzlich unter den Zeichen einer hallucinatorischen Verwirrtheit, die zuerst nur einige Stunden dauerte; bald folgten neue hallucinatorische Erregungen, Beziehungsideen und Personenverkennung traten auf. Dann wechselte motorische Agitation mit stuporösen Zuständen, denen lucide Intervalle folgten, und allmählich zeigten sich katatonische Symptome: Haltungsstereotypien, Negativismus, flexibilitas cerea, zeitweise Starrheit der Muskulatur und Mutismus. Da eine linksseitige Hyperalgesie und Druckpunkte vorhanden waren, bestanden Zweifel zwischen der Diagnose: hysterisches Irresein und akute hallucinatorische Paranoia mit katatonischen Symptomen. Die ganze Symptomatologie und der Verlauf dieses Falles spricht für das Bestehen einer Katatonie. Der Affekt, der zuweilen stark abgeblaßt war, zu anderen Zeiten wieder ganz normale Reaktionen darbot, trat in der letzten Zeit wieder zurück; und doch ist in diesem Fall eine gemütliche Verblödung nicht erwiesen. Leider sind über den jetzigen Zustand, der unverändert geblieben sein soll, genauere Feststellungen nicht zu erhalten.

O. T., 33 Jahre alt (J.-Nr. 6274), geb. 25. V. 1873.

Anamnese: Vater war Potator, endete durch Selbstmord. Pat. hat sich normal entwickelt, lernte sehr gut in der Schule, lebte solid; war ein sehr geschickter, fleissiger Arbeiter. Körperlich von schwächlicher Konstitution, aber nie erheb-

lich krank gewesen. Wurde vor wenigen Monaten nach einem Wortwechsel mit seinem Chef aus guter Stelle entlassen; wurde danach schwermütig, machte einen Selbstmordversuch, indem er sich mit dem Rasiermesser einen tiefen Schnitt in den Hals beibrachte. Nach diesem Suicidversuch — die Wunde heilte gut — war er kurze Zeit gefaßter, beantwortete Fragen richtig, aß aber wenig. Wurde dann sehr unruhig, redete irre, verweigerte die Nahrungsaufnahme, war zeitweise auch abweisend und mutistisch. — Bei der Aufnahme muß Pat. auf die Abteilung getragen werden; bei Ankunft des Arztes liegt er zusammengekrümmt auf dem Sofa, beantwortet an ihn gestellte Fragen nicht, führt aufgetragene Bewegungen nicht aus. Ausgesprochener Negativismus. Nimmt keinerlei Nahrung zu sich, trinkt auch nicht, läßt keinen Urin; der Stuhlgang ist angehalten. Bei der Sondenfütterung äußerst widerstrebend, klammert sich fest an und stöhnt dabei beständig. Schlechter Ernährungszustand. Die Sehnenreflexe sind gesteigert, Bauchreflexe fehlen; die Pupillen sind mittelweit, etwas entrundet, lichtstarr (Hyoscin und Morphium). Bauchmuskulatur ist gespannt. Leichtes Zucken im rechten Augenfacialis. Die Sondenfütterung wird teilweise erbrochen. — In der Nacht ruhig, näßt ein. — 2. VIII. Bei der Fütterung sehr widerstrebend. Gesichtsausdruck ängstlich, ratlos; nestelt beständig an seinem Hemd herum. Mutistisch. Erbricht nach der Sondenfütterung. — 4. VIII. Erbricht immer nach der Fütterung, muß katheterisiert werden. Bei der körperlichen Untersuchung äußerst widerstrebend, macht heftige Abwehrbewegungen. Hustet wiederholt. Temp. 38°. — 5. VIII. Läßt heute spontan Urin, geht einige Schritte. Bei der Fütterung und beim Katheterismus muß Pat. festgehalten werden, dabei einzelne sprachliche Äußerungen: „das tut aber weh", „laßt mich doch los", „nicht quälen". — 7. VIII. Andauernd im höchsten Grade negativistisch. Erhält Nährklystiere. — 8. VIII. Erhält gebratene Eier ans Bett gestellt, ohne Erfolg. Sondenfütterung heute zum größten Teile beibehalten. — 9. VIII. Im höchsten Grade negativistisch, klammert sich fest ans Bett an, wenn etwas mit ihm vorgenommen werden soll. — 10. VIII. Trinkt spontan 1 Becher

Milch, reicht — wenn auch sehr langsam — die Hand. — 11. VIII. Heute beständig außer Bett, drängt nach der Tür. Beschwert sich „über die Kerle"; sitzt quer in der Badewanne. Scheint zu hallucinieren. Temp. 39°. Pat. hat eine Zellgewebsentzündung am rechten Ellenbogen. — 13. VIII. Verweigert heute wieder jede Nahrung, knirscht mit den Zähnen, mutistisch und ausgesprochen negativistisch. — 15. VIII. Nahrungsaufnahme unregelmäßig. Psychisch unverändert. Äußert, das Badewasser sei lauter Tinte, bezüglich Salzsäure. Kleiner Abscеß am linken Unterschenkel. — 4. IX. Nahrungsaufnahme zuweilen genügend, schläft fast gar nicht; Körpergewicht nimmt stetig ab. — 6. IX. Läßt fast nur im Bade Urin; hält sich den Penis zu, um das Abfließen des Urins zu verhindern. — 14. IX. Sondenfütterung wird sofort erbrochen. — 16. IX. Erhält Würfelzucker, den er gern ißt. Gar keine sprachlichen Äußerungen. — 17. IX. Besuch der Frau hat gar keinen Eindruck gemacht. Nahrungsaufnahme heute sehr gut. — 23. IX. Ißt besser. Negativismus unverändert. Hält sich immer noch den Penis zu, wenn er urinieren muß. — 27. IX. Reicht zuweilen sehr zögernd und langsam die Hand; noch völlig mutistisch. — 14. X. Unverändert. — 2. XII. Seit heute zunehmend benommen. Dämpfung, Rasseln und abgeschwächtes Atmen über beiden Unterlappen. — 3. XII, Unter zunehmender Benommenheit tritt um 4 Uhr nachmittags Exitus letalis ein.

Aus dem Sektionsprotokoll ist bemerkenswert: die Arachnoidea ist über den Furchen trübgrau, das Hirngewicht beträgt 1531 gr. — In beiden Lungenspitzen gut wallnußgroße schwarzgraue Verdichtungen mit zerstreuten grauen Knötchen; ähnliche Knötchen finden sich zerstreut in der übrigen Lunge. Oedem des rechten, bronchopneumonisches Infiltrat im linken Unterlappen.

Überblicken wir die Erscheinungen dieses Krankheitsverlaufs, so sehen wir im Beginn der Erkrankung eine tiefe melancholische Gemütsverstimmung, in welcher Pat. einen Selbstmordversuch machte; dieser melancholischen Phase folgte dann ein kurzes Stadium der Erregung mit incohaerenter Redeweise, das in jenen eigentümlichen Zustand

der Schweigsamkeit und Regungslosigkeit überging und den wir als katatonischen Zustand bezeichnen können: es bestand starker Negativismus, Mutismus, eine geringe Spannung der Muskulatur und Nahrungsverweigerung. Zeitweise war infolge vollständiger Urin-Retention Katheterismus notwendig; der Widerstand, den er dem Abfließen des Urins entgegensetzte, zeigte sich zuweilen darin, daß er die Urethral-Öffnung zuhielt, dies war besonders im Bad zu beobachten, wo der Urindrang reflectorisch noch erhöht wird. Bemerkenswert ist, daß ein Besuch der Ehefrau keinerlei psychische Reaktion auslöste; diese Gleichgültigkeit ist aufzufassen als Beginn einer gemütlichen Verblödung oder aber nur als Zeichen der starken Hemmung, die alle Affektäußerungen verhindert. Da im weiteren Verlauf ein Defekt nicht festgestellt werden konnte, kann diese Teilnahmlosigkeit sehr wohl die Folge der durch Apathie bedingten Herabsetzung der gemütlichen Erregbarkeit sein. Denn die Stimmung war fast durchweg apathisch; interkurrent trat noch einmal ein kurzer Erregungszustand mit Hallucinationen auf, der das gleichgültige Verhalten des Kranken vorübergehend änderte. Wahnideen wurden nur vorübergehend beobachtet. In körperlicher Beziehung ist zu erwähnen, daß die Sehnenreflexe gesteigert waren, daß die Pupillen lichtstarr (Lähmung infolge Hyoscin-Morphium) und etwas entrundet waren. Ferner kam ein nicht lange dauernder clonischer Krampf der Kaumuskulatur vor, der sich durch Zähneknirschen kund gab, außerdem wurden leichte Zuckungen im rechten Augenfacialis bei der Aufnahme beobachtet. Allgemeine Konvulsionen oder Lähmungen waren nicht vorhanden. Es herrschte hartnäckige Schweigsamkeit, die nur selten durch kurze, abgerissene Äußerungen unterbrochen wurde, starker Negativismus und z. T. starre Ruhe in diesem Krankheitsfall vor. Flexibilitas cerea und Stereotypien fehlten; Pat. erlag nach ca. 9monatlicher Krankheit einer Lungentuberkulose.

O. B., 34 Jahre alt (J.-Nr. 5222), geb. 14. III. 1870.

Anamnese: Erblich belastet, Vater beging Suicid, Tante ist geisteskrank. Normale Entwicklung, besuchte Volksschule mit Erfolg. War Soldat, erlernte das Böttchergewerbe, heiratete

und machte sich selbstständig; glückliche Ehe. War solid und sehr fleißig, arbeitete meist bis spät in die Nacht hinein. Seit Juli 04 verändert, erregt, fand sich nicht zurecht. Redete viel, verfiel zuweilen in erschöpfungsähnliche Zustände, sagte dann: „ich muß mich jetzt ausruhen, ich bin sehr krank". In den letzten Tagen steigerte sich die Erregung bis zur Tobsucht.

Aufnahme am 2. VIII. 04. Körperlicher Befund: Kräftiger Körperbau mit reichlichem Fettpolster, — normaler Organbefund. Gesteigerte Kniereflexe, Bauchreflexe nicht auszulösen; bei geschlossenen Augen leichtes Schwanken. Nervensystem sonst o. B. — Psychisches Verhalten: Völlig unorientiert, halluciniert offenbar, beständig motorisch erregt. Wird in der Nacht nach mehreren Narcoticis ruhiger. — 3. VIII. Gibt Auskunft über die Stimmen, die wie aus einem Telephon kommen. Illusioniert, hält den Oberwärter für einen Hauptmann. Hält sich nicht für krank. — 4. VIII. Überhaupt nicht zu fixieren, starke motorische Erregung. — 10. VIII. Unverändert, öfter unrein mit Kot und Urin. — 13. VIII. Muß seit gestern mit der Sonde gefüttert werden, brach heute alles wieder aus. — 15. VIII. Zeitweise klar. Macht stereotype Bewegungen mit den Armen. Schmatzen. Wortsalat: Zählt ganz gleichmäßig von 1—50. 60. 70. 71. 72. „Nanu" „was noch" zählt wieder: 36. 37. 38. 39. 40. Ruft: Frei! Frau! Schrumm! Leder! Rot! Prosit! 1. Komma, zählt von 1 - 20. So! Nu, Na, Ah, Brabo, gehn mer alle. Hurrah, Prosit, 3. Re, Pick, Fi, Fack! Trumpf, Hurrah, Bumms! Ho! Babo, Brabo, Tra, Froh, Rand, Land, Meer gewaschen. — Diese Worte werden silbenweise in langsamem Rhythmus ausgestoßen und zuweilen von leerem Lachen begleitet. — 18. VIII. Psychisch unverändert. Grimassiert viel. Lacht unmotiviert. — 29. VIII. Gestern nur drei Semmeln gegessen, alles andere wieder ausgespuckt. Die heitere Erregung macht einer leicht traurigen Verstimmung Platz. Angeredet wendet er den Kopf zur Seite. — 30. VIII. Muß wieder mit der Sonde gefüttert werden. Echolalie. — 1. IX. Nachts sehr unreinlich. — 11. IX. Wieder unruhiger, räumt das Bett aus, läßt Stuhl und Urin unter sich. Zeitweise klar. — 18. IX. Weiß über die Vor-

gänge während seiner Erregungszeit nur anzugeben, daß er Stimmen gehört und Gestalten gesehen habe, vom Besuch seiner Mutter weiß er nichts. — 4. X. Wieder heftig erregt, redet unaufhörlich, z. T. incohaerent. — 16. X. Zustand sehr wechselnd, vorübergehend geordnet. — 31. X. Manchmal psychisch negativistisch, bildet zeitweilig Neologismen. — 28. XI. Unverändert. — 1. XII. Drängt gelegentlich nach Hause; sagt in einem Atem: „es geht mir gut, es geht mir schlecht". Ißt mit großem Appetit. — 13. XII. Spricht beständig unzusammenhängend. Lacht plötzlich. Woher? „Wer mich hergebracht hat, bringt mich auch wieder hin, Grönland"; beantwortet viele Fragen einfach mit „Nein". — 5. I. 05. Unverändert; meist incohaerent. Antwortet auf Fragen oft mit unflätigen Witzen, begleitet von wieherndem Gelächter. — 4. II. In letzter Zeit wieder ununterbrochen erregt, spricht fortwährend in laut schreiendem Tone; ist nur durch Narkotika zu beruhigen. Behauptet, der Wärter sei ein Kindermörder, der die Leichen der Kinder zerstückelt hätte. Viele Erinnerungsfälschungen, die meist auf seine Militärzeit Bezug haben. Weiß am Morgen nicht mehr, daß er am Abend zuvor um eine Zigarre gebeten hat, obgleich er sie nur bekommen sollte, wenn er selbst daran erinnerte. — 15. II. Behauptet, der Arzt habe ihm Gift gegeben, ist abweisend, zuweilen aggressiv gegen denselben. — 28. II. Ruhiger, nicht mehr so läppisch. — 25. III. Ruhig, scheinbar unorientiert, hält Arzt für den Regiments-Adjutanten, immer noch sehr läppisch. — 24. IV. Lacht albern, antwortet läppisch, zuweilen aggressiv. Zeigt psychischen Negativismus. Auf die Mitteilung, daß seine Frau sich nach ihm erkundigt habe, gibt er die Antwort: „ich habe keine Frau". — 25. VI. Verkennt Personen, wiederholt immer dieselbe falsche Behauptung. — 30. VII. Zeigt beim Besuch der Mutter kein Interesse für seine Angehörigen. — 1. IX. Verlangte heute nach Hause; bei seinem psychischen Negativismus ist es schwer, festzustellen, wie weit er orientiert ist. — 28. X. Ruhiger, glaubt, in einer Festung zu sein, in Metz. Warum auf der Festung? „Ja .... ich kenne jede Festung, jeden Ort, das kleinste Dorf." — 15. XII. Antwortet auf die Frage

nach seinem Namen in stereotyper Weise: „Wie heißt denn Du?“ Weigert sich, die Hand zu geben. — 28. IV. 06. In der letzten Woche auffallend benommen, ohne daß Hypnotika verabfolgt wurden. — 10. V. Öfter laut, verbittet sich die Anrede „Herr“, er sei kein Herr. — 18. V. In letzter Zeit ruhiger. In die Pflegeanstalt überführt. — 2. X. Spricht viel unzusammenhängende Worte vor sich hin „wie gehts denn mit dem Menschenfresser, wie sollen wir denn ihre Haut zerlegen, um die Bäuche einzubinden“. — 19. XII. Vollständig incohaerent, zeitweise heftige Erregungszustände. Sammelwut. Schlaf und Nahrungsaufnahme gut. — 16. II. 08. Alle möglichen wahnhaften Vorstellungen, zuweilen an Größenideen anklingend. — 10. V. Arbeitet fleißig. — 12. VII. Auf Wunsch der Frau nach Hause beurlaubt. — 27. XII. 09. Heute zurückgebracht: Kommt ziemlich erregt; beim Erscheinen des Arztes bricht er in Tränen aus, ganz gut orientiert. Bleibt stark depressiv. — 15. I. 10. Labile Stimmung, im ganzen ruhig. — 20. IX. Seit acht Tagen wechselnd erregt und stuporös, springt ab und zu aus dem Bett, rennt zur Tür, spricht dabei nicht. — 24. IX. Pat. liegt regungslos im Bett, Stirn gerunzelt, mutistisch, macht ab und zu mit den Armen stereotype Bewegungen, indem er sie regelmäßig hebt und senkt, dreht die Hände. — 1. X. Befinden seit zwei Tagen plötzlich besser. Spricht, fragt, weshalb er im Bett läge, weiß nicht, warum er die beschriebenen Bewegungen gemacht habe, meint, er müsse wohl recht krank gewesen sein. — 10. X. Unverändert ruhig, geordnet, zeigt noch einen starren, etwas ängstlichen Gesichtsausdruck. — 28. XII. Hat sich über Weihnachtsgeschenke gefreut; meist still, aber freundlich. Eine merkliche intellektuelle Einbuße nicht nachweisbar. — I. 1911. Unverändert ruhig, soll Anfang Februar beurlaubt werden. — 1. II. Wieder erregter, schimpft, kümmert sich um alles mögliche, was ihm nicht angeht.

Dieser Fall weicht im Verlauf und teilweise auch in seinen Symptomen von den bisher beschriebenen ab, insofern als hier Remissionen eintraten und trotz 6½jähriger Dauer der Krankheit ein Defekt nicht festgestellt werden konnte (Dez. 1910). Auch die schweren Hemmungssymp-

tome, wie sie die anderen Fälle darbieten, fehlen hier; es herrscht eine incohaerente Erregung vor, deshalb machte auch das Anfangsbild den Eindruck einer primären incohaerenten Erregung. Im weiteren Verlauf stellten sich negativistische Symptome ein, ferner Stereotypien, Echolalie, Neologismen, häufig war ein läppisch-heiteres Benehmen vorhanden, wie man es besonders beim Hebephreniker findet; der Affekt war wechselnd, zuweilen abgeblasst. In letzter Zeit traten öfter stuporöse Zustände auf mit Bewegungs-Stereotypien; diesen folgte eine Remission, Pat. sollte beurlaubt werden, da setzte eine neue Erregungsphase ein, Pat. schimpfte, kümmerte sich um alle möglichen Dinge, die ihm nichts angehen. Damit bekundete er doch ein gewisses Interesse an der Außenwelt. Trotz sechsjähriger Krankheitsdauer ist hier weder ein intellektueller Defekt noch eine Abstumpfung des Affekts eingetreten.

A. L., 34 Jahre alt (J.-Nr. 4024), geb. 2. VIII. 1872.

Hereditäre Momente unbekannt. Hat nie Krämpfe gehabt. Mit 25 Jahren geheiratet, einmal normal geboren, keine Aborte. Seit 11. IV. 06 verändert, schlief schlecht, regte sich über die Kündigung der Wohnung auf. Sprach immer vom Himmel, Jesus und Auferstehung, soll aber immer orientiert gewesen sein. — Bei der Aufnahme lässt sie sich willig baden und zu Bett bringen; spricht in zusammenhangsloser Weise von Christus, der Wartburg, Erlösung, Hexen, Buße usw. Sträubt sich außerordentlich gegen das Hypnoticum. Sehnenreflexe nicht auslösbar. Geht ständig außer Bett, klopft an die Wand, entblößt sich. Bei der körperlichen Untersuchung etwas widerstrebend, führt aber alle Bewegungen aus, ist vollkommen orientiert. Redet fortwährend: sie sei ein Hirtenkind, sie solle die Welt erlösen, sie sei auferstanden, sie sei der Heiland, die Leute wollten Buße tun usw. Gefragt, warum sie gegen die Wand klopfe, antwortet sie, sie müsse Zeichen geben. 7×8? 56, 7×18? das kann ich jetzt nicht; 7×10 ist 70, 7×8 ist 52, 42, dazu bringe ich meine Gedanken nicht zusammen. — 17. IV. Nachts trotz Schlafmittel nicht geschlafen. Rutscht im Bett hin und her. Entblößt sich, zieht die Betten ab, spricht unaufhörlich vor sich hin. Gibt

nach Aufforderung die Hand. Ißt sehr schlecht. — 18. IV. Dauernd in Bewegung, nimmt fast keine Nahrung zu sich. 19. IV. Wegen Nahrungsverweigerung zweimal mit der Sonde gefüttert. — 23. IV. Regelmäßig zweimal Sondenfütterung. Abstiniert völlig. Ständige motorische Unruhe. — 27. IV. Unverändert. Stuhl angehalten. — 30. IV. Vereinzelte Wortneubildungen. Spricht die an sie gerichteten Fragen nach. — 2. V. Spricht ständig halblaut in etwas skandierender Sprache vor sich hin: Mutter — geh — doch — raus — alte — Hexen — wie — könnt — ihr uns — was ist — das — nein — so ..... — 4. V. Ißt wieder spontan ausreichend. Halluciniert lebhaft, blickt nach der Wand, winkt, fängt und greift mit den Händen umher. Wühlt oft im Haar. — 5. V. Im Bad etwas ruhiger, gibt auf Fragen Antwort: es gehe ihr schlecht, weint dabei, wischt die Tränen mit ihrem Haar ab. Glaubt in Eisenach zu sein. — 7. V. Ständige motorische Unruhe. Wortneubildungen: Ertiballa. Verbigeration. — 9. V. Räumt das Bett völlig aus, entblößt sich. — 13. V. Nimmt vom Besuch ihres Mannes keine Notiz, abends an den Besuch erinnert, ist sie völlig teilnahmlos. — 18. V. Winkt viel an der Wand. „Was ist da?“ Die gehen nicht weg, so — nun — dahin — hitschatscha — gern — witz. — 20. V. Unverändert. Nimmt an Gewicht ab. Temperatur-Steigerung ohne obj. Befund. — 22. V. Schreit und meckert viel, wühlt sich immer in den Haaren herum. — 25 V. Ständig erregt: schreit laut: bo — zwei, bo — drei, ah, rätetä. Öfter unrein mit Urin. — 28. V. Klatscht heute minutenlang mit den Händen. — 29. V. Muß gefüttert werden. Temperatur-Steigerung ohne objektiven Befund. Schmiert nachts mit Kot. — 2. VI. Immer wieder unrein mit Urin. Dauernd erregt. — 12. VI. Echolalie. Psychisch negativistisch. Unrein. Viel Greif- und Schlagbewegungen an Bett- und Zimmerwand. — 24. VI. Nahm vom Besuch des Mannes keine Notiz. — 1. VII. Unverändert. Erregt. Verbigeriert. Unsauber. — 8. VII. Schreit minutenlang: nein, nein, nein oder ra, ra, ra. Ist unsauber. — 15. VII. Psychisch unverändert, schreit perseverierend; reibt sich viel in den Haaren, zerreißt Wäsche, wirft sich im Bett umher. —

5. VIII. Besuch des Mannes macht keinen Eindruck auf sie. — 19. VIII. Immer motorisch erregt. Unreinlich. — 27. VIII. Heitere Erregung, viele Neologismen. — 2. IX. Unverändert. — 9. IX. Dauernd heiter erregt. Verbigeriert. Unreinlich. — 19. IX. In die Pflegeanstalt überführt. — XII. 07. Hochgradig verblödet, spricht nicht, unsauber. Wäscht mitunter. — I. 10. Derselbe Zustand.

Skizziere ich unter Hervorhebung der besonders interessierenden Momente diesen Fall nochmals: Infolge geringer Gelegenheitsursache trat zunehmende Erregung mit gesteigertem Rededrang ein, wobei religiöse Vorstellungen im Vordergrund standen. Auf dem Boden einer tiefgestörten Selbstempfindung gelangte Pat. wohl unter dem Einflusse von Hallucinationen zu der Idee, sie sei der Heiland usw. Bald machte sich Schamlosigkeit bemerkbar, es trat Nahrungsverweigerung ein, lautes Schreien, Neologismen, Verbigeration, Echolalie, zuweilen auch stereotype Bewegungen. Zuletzt kam häufig Unreinlichkeit und Kotschmieren vor. Dabei fällt die grosse Teilnahmlosigkeit besonders bei Besuchen der nächsten Angehörigen auf, die keine affektive Regung bei ihr hervorrufen. Im weiteren Verlauf wurde die Erregung eine mehr heitere, diese bildete den Übergang zu der hochgradigen Verblödung, die sich innerhalb des nächsten Jahres entwickelte: meist vollständig mutistisch und stumpf, kann nur zuweilen zur mechanischen Wäschereinigung herangezogen werden. Der psychische Defekt als Endzustand ist hier in Erscheinung getreten.

D. P., * 7. XII. 1870 (J.-Nr. 4454).

Anamnese: Keine Heredität; Eltern leben, sind gesund. In der Schule gut gelernt. Mit 20 Jahren Sturz von der Scheune, angeblich bewußtlos. Heiratete 1905; drei normale Geburten, die letzte vor drei Monaten. Pat. soll nie Krämpfe gehabt haben, kurz nach der letzten Geburt schon einmal psychisch krank gewesen, war etwa acht Tage lang verwirrt, äußerte Mißtrauen gegen die Hausbewohner, zog zu ihren Eltern, wo sie sich bald wieder beruhigte. Am 31. V. — Pat. hatte bis vor wenigen Tagen gestillt — plötzlicher Erregungszustand: Pat. sprach verwirrt, schlief nicht, aß und trank nur gezwungen; war vollständig teil-

nahmlos, zeitweise dann unrein und gefühllos; anfallweise traten Erregungszustände auf. — Aufnahme am 8. VII. 07. Mäßiger Ernährungszustand bei kräftigem Körperbau, die Sehnenreflexe sind lebhaft, gleich, Pupillen reagieren normal. Stuhlgang ist angehalten, Urin enthält Zucker, Gang ist stark taumelnd. Inneren Organe o. B. Pat. ist nicht zu fixieren, redet fortwährend incohaerent in monoton singendem Tonfall, stereotype Wendungen „und wo ist . . ., und wo ist . . .“ usw. Mit diesen Worten beginnt jeder Satz. Dreht sich öfter um die eigene Achse. — 11. VI. Ißt sehr schlecht, wird mit der Sonde ernährt, sträubt sich sehr dabei. Auch während des Fütterns leiert sie ihre stereotypen Reden herunter. Beschreibt mit dem Zeigefinger Kreisbogen. — 12. VI. Dasselbe Bild. Bei der klinischen Vorstellung nimmt Pat. von der neuen Umgebung keine Notiz. Läßt sich auf den Stuhl setzen, redet immer fort, macht mit dem Oberkörper Wiegebewegungen, springt häufig vom Stuhl auf, den sie immer und immer wieder herumdreht, um sich wieder darauf zu setzen. Setzt sich dem Praktikanten auf den Schoß. Wie heißen Sie? „Friedericke bis 30 Jahr, Luise“. — Wie heißen Sie? „anno 10“. — Wie heißen Sie? „Dorothea“ (richtig). Worte, die häufig wiederkehren, sind: Saustallgurke, Zwillingsengel, Friedenslinde, Frankfurter Würstchen. — 13. VI. Unrein mit Kot und Urin. Spricht und singt viel. Sträubt sich sehr beim Füttern. — 19. VI. Nimmt ausreichend Nahrung zu sich; in letzter Zeit weinerlich. — 22. VI. Liegt ganz ruhig im Bett, sehr ängstlich, weint oft, ganz ratlos, nicht orientiert. — 24. VI. Ruhiger, ist orientiert, muß immer noch gefüttert werden. — 1. VII. Sehr erschöpft, spricht nur mit leiser, weinerlicher Stimme, klagt über starke Kopfschmerzen. — 6. VII. Wieder erregter, schluchzt plötzlich laut auf, wirft sich im Bett in die Höhe. — 11. VII. Urin frei von Eiweiß und Zucker. — 13. VII. Liegt still im Bett. — 22. VII. Mutistisch. — 28. VII. Plötzlich Erregungszustände, räumt das Bett aus, wirft es auf den Boden. — 30. VII. Macht gelegentlich stereotype Schaukelbewegungen. — I. VIII. Spricht nicht, muß täglich genötigt werden, aufzustehen. — 12. VIII. Während der Menses heftige hallucinatorische Erregungszustände. — 21.

VIII. Ist oft sehr abweisend, versteckt sich unter der Bettdecke. — 2. IX. Mutistisch, wühlt im Bett, ißt schlecht. — 11. IX. Meist ruhig, schreit zuweilen unvermittelt auf; macht stereotype Kratzbewegungen auf der Bettdecke, ißt fast nie spontan. — 20. IX. Wieder sehr erregt, schlägt unvermittelt auf andere Kranke ein. Verkennt Personen. — 25. IX. Grimassiert viel. Häufig stereotype Bewegungen mit den Armen, ißt nicht spontan, hält an ihren Personenverkennungen fest. — 13. X. Immer erregt; produziert Wortsalat, auch Neologismen, die sie monoton wiederholt; sehr abweisend. Stereotype Handbewegungen. — 31. X. Hockt in katatonischer Haltung neben dem Bett. — 10. XI. Sehr erregt, starke Salivation. — 19. XII. Unverändert; beschuldigt den Arzt, daß er sie verhext habe. — 24. I. 08. Zuweilen unrein. Lautes Schreien. Plötzliche Erregungszustände. — In die Pflegeanstalt überführt. — 25. IV. Meist ganz verwirrt, zuweilen laut. — 15. VI. 09. Geistig sehr zurückgegangen, dauernd verwirrt. In ihrem Verhalten bedeutend ruhiger, schwatzt vor sich hin; an Körpergewicht sehr zugenommen. — 22. III. 10. Sehr stumpf, doch sauber. — IX. 10. Scheint ständig an Gehörstäuschungen zu leiden; murmelt leise und in Absätzen unverständliche Worte. Zuweilen plötzlich erregt, Schimpfparoxysmen. Schimpft auf die Hurenhunde, die immer Schweinereien mit ihr trieben, ihr Kinder machten; beschuldigt den Arzt derselben Untaten. — XI. 10. Unverändert. Äußert unsinnige Wahnideen, sie habe keinen Leib mehr, sie sei verbrannt, verhurt. — I. 11. Unverändert.

Diese Pat. erkrankte im 31. Lebensjahre im Anschluß an ihre dritte Geburt (Erregungszustand); drei Monate nach dieser Geburt trat dann noch während der Laktationsperiode plötzlich ein neuer Erregungszustand mit Incohaerenz auf; schon zu Beginn fielen Nahrungsverweigerung, Teilnahmlosigkeit, zeitweise Unreinlichkeit und Gefühllosigkeit auf. Bald bot sie Stereotypien in Sprache und Bewegung dar, Verbigeration, motorische Perseveration. Später wechselten hallucinatorische Erregungszustände, die während der Menses besonders heftig waren, ab mit stuporösen Zuständen, in denen Pat. völlig mutistisch im Bett lag und stereotype

Schaukel- und Kratzbewegungen machte. Dabei bestand fast immer Nahrungsverweigerung, sodaß Sondenfütterung nötig war. Nach einer kurzen Periode, in der eine weinerliche Stimmung vorherrschte, wurde Pat. heiter, grimassierte viel, auch die Bewegungsstereotypien häuften sich. Sie bildete Neologismen, die sie monoton wiederholte und produzierte zeitweise vollständigen Wortsalat. Auch katatonische Stellungen wurden beobachtet, zuweilen lautes Aufschreien. Nach ihrer Uberführung in die Pflegeanstalt herrschten Verwirrtheitszustände vor; unter fortschreitendem geistigem Verfall bildete sich eine völlige Stumpfheit aus, dabei nahm Pat. an Körpergewicht zu. In der letzten Zeit traten wieder Erregungszustände auf mit Schimpfparoxysmen, physikalischen Hallucinationen und unsinnigen Wahnideen. Auch hier besteht ein ausgeprägter Defektzustand.

Bevor ich auf aetiologische Momente und auf die Differential-Diagnose mich einlasse, möchte ich auf die aus anderen Kliniken veröffentlichten Spätformen der Dementia praecox, spez. der Katatonie hinweisen. Schröder hat über 16 Fälle von typischer Spätkatatonie aus der Heidelberger Klinik berichtet, die fast alle einen ausgesprochenen Stupor durchmachten, deren Ausgang aber nur selten tiefe Verblödung war. Er betont, daß im Allgemeinen zwischen den jugendlichen und den Spätformen kein wesentlicher Unterschied besteht; es handelte sich um 13 Frauen und 3 Männer, sodaß auch hier die größere Tendenz des weiblichen Geschlechts zur Erkrankung im höheren Alter deutlich hervortritt. Auf 3 Fälle von Spät-Katatonie, die Berger bei einer Schilderung der Psychosen des Klimakteriums mitgeteilt hat, komme ich später noch zurück.

Zweig veröffentlicht aus der Königsberger Klinik 18 Fälle von Dementia praecox jenseits des 30. Jahres. Er kommt zu dem Schluß, daß die Dementia praecox in jedem Alter einsetzen kann und daß prinzipielle Unterschiede zwischen den in der Jugend und den im höheren Alter einsetzenden Erkrankungen nicht bestehen. Bemerkenswert ist, daß Zweig diese Spätfälle prognostisch im allgemeinen günstiger beurteilt als die Erkrankungen in jüngeren Jahren. Auf Grund unserer Fälle könnte eher das Gegenteil behauptet werden.

Einen interessanten Fall von „familiärem Auftreten einer Spätform der Dementia praecox“ teilt Oeconomakis mit: 2 erblich schwer neuropathisch belastete Brüder erkranken, der eine im 40., der andere im 49. Jahre an typischer Katatonie. Eine bemerkbare psychische Veränderung war in der Jugend nicht vorausgegangen. Nach einigen Remissionen und Exacerbationen zeigten sich die Erscheinungen des katatonischen Endzustandes mit eigentümlichen Manieren, gemütlicher Stumpfheit usw., bei beiden so überraschend ähnlich, daß die Mutter fragte, „ob das Leiden ansteckend sei“.

Auch Urstein, welcher 524 Fälle von Dementia praecox studiert hat, die alle mindestens 10 Jahre in einer Anstalt waren, betont, daß die Erkrankung sehr häufig erst im späten Alter auftritt; bei 172 Patienten (98 Frauen, 74 Männer) konnte er feststellen, daß die Psychose nach dem 30. Lebensjahre ausgebrochen ist. Eine Einteilung in die 3 Gruppen ist bei dem alten Material nach seiner Meinung wegen fließender Übergänge nicht möglich; so bot ein Fall z. B. 15 Jahre lang ein rein paranoides Krankheitsbild dar und ging dann in katatonen Endzustand über. Auf Grund seiner 56 Fälle von Spätkatatonie, unter denen das weibliche Geschlecht überwiegt, stellt Urstein rein symptomatologisch neue Gruppen auf, je nachdem sich die Katatonien typisch entwickelten oder mit paranoiden resp. praesenilen Symptomen begannen oder vermischt waren. Prognostisch können aus der Urstein'schen Arbeit im Allgemeinen keine Schlüsse gezogen werden, da es sich hier nur um Fälle mit einem gewissen Endzustand handelt; doch ist die Beobachtung wichtig, daß Pat., die anscheinend Jahre lang Endzustände geboten haben, noch z. T. weitgehende Remissionen bekamen. Urstein neigt der Ansicht zu, daß die Spätfälle prognostisch günstiger zu beurteilen sind als die jugendlichen Erkrankungen.

Auch in der Münchner Klinik wird jetzt relativ häufig die Diagnose auf Dementia praecox im späteren Alter gestellt. Nach Kraepelin erkranken ca. 40 % aller Fälle nach dem 25. Lebensjahre.

Bertschinger betont, daß die meisten Frauen im 3. und 4. Decennium erkranken, während der Beginn der Psychose nach dem 30. Jahre beim männlichen Geschlecht viel

seltener ist. Auch Lomer kommt auf Grund seiner „Untersuchungen über juvenile Demenz“ zu dem Schluß, daß das Erkrankungsalter der Katatonie hinaufgerückt scheine.

Nach Fertigstellung dieser Dissertation erschien die Sommer'sche Arbeit „zur Kenntnis der Spätkatatonie“, auf die kurz einzugehen ich nicht versäumen möchte. Sommer teilt ausführlich 5 Fälle von Spätkatatonie mit, die alle zu Beginn depressive Symptomenkomplexe darboten und innerhalb 1—3 Jahre in einen stabilen Zustand katatoner Verblödung übergingen. Es handelt sich um 4 Frauen und 1 Mann, auch hier fällt das beträchtliche Überwiegen des weiblichen Geschlechts auf; 4 Fälle sind hereditär belastet. 4 mal ist der Beginn akut, nur 1 mal allmählich. Die Beobachtungszeit betrug 3—20 Jahre. Er kommt zu den Schlüssen, daß die Katatonie häufiger vorkomme, als man meist annimmt, auch in den Rückbildungsjahren; daß der Spätkatatonie trotz einiger klinischer Besonderheiten keine nosologische Selbstständigkeit einzuräumen ist; daß die Spätkatatonie unter manisch-depressiven Symptomen verlaufen kann und daß bei Stellung der Diagnose und Prognose dem Auftreten katatonischer Symptome eine größere Bedeutung beizumessen ist, als es meist geschieht.

Beim Rückblick auf unsere Fälle fällt sofort das Überwiegen des weiblichen Geschlechts auf: unter den 9 Patienten befinden sich 7 Frauen und nur 2 Männer. Die Psychose setzte 7 mal zwischen dem 30. und 40., 1 mal im 50. und 1 mal im 58. Lebensjahre ein. In 4 Fällen war der Beginn ein akuter, in 3 Fällen mehr subakut, nur 2 mal wurde eine allmähliche Entwicklung der Krankheit beobachtet. Depressionszustände wurden zu Beginn der Erkrankung nur 2 mal beobachtet; die 4 akut beginnenden Fälle setzten alle mit heftiger hallucinatorischer Erregung ein. Stuporöse Zustände fehlten nur bei 2 Pat. Katatone Symptome boten alle dar. Verschiedene Male sind dem Ausbruch der Psychose kurz vorhergehende besondere Geschehnisse verzeichnet, die wir als psychische Ursachen oder wenigstens als aetiologisch sicher nicht unwichtige Faktoren bezeichnen dürfen: 2 mal gingen der Erkrankung Sorgen, Unglück und Überanstrengung voraus; bei 3 Frauen brach die Krankheit aus im Anschluß an ein Fortpflanzungs-

geschäft, und zwar erkrankte eine von diesen akut wenige Tage nach der ersten Geburt, im Verlauf der Laktation erkrankten 2 Frauen, von denen die eine schon 2 Monate früher kurze Zeit nach der Geburt 8 Tage lang erregt und psychisch verändert war; bei 2 Frauen bestand schon seit mehreren Jahren Menopause. Diese Tatsachen sprechen anscheinend dafür, daß zwischen dem Fortpflanzungsgeschäft beim Weibe und der Dementia praecox, besonders der Katatonie nähere Beziehungen bestehen. Doch solange wir nicht eine wirklich einheitliche Ursache kennen, dürfen wir nur von „auslösenden Momenten" sprechen. Selbst die Beziehungen der Hebephrenie zu den Entwicklungsjahren, die ja unzweifelhaft bestehen, sind keine unverbrüchlichen, der Ausbruch der Krankheit kann auch in späteren Jahren erfolgen. Andrerseits betonen Kraepelin und Masoin, daß der Krankheitsprozeß in viel früheren Jahren einsetzen kann mit leichteren Schüben, die dann gewisse eigentümliche Veränderungen des Charakters zur Folge haben. So kann besonders auch die Katatonie schon im Kindesalter auftreten. Raecke teilt 10 diesbezügliche Fälle mit und betont, daß die Katatonie im Kindesalter in ihren Hauptzügen von der Spät-Katatonie nicht abweicht und daß meist eine angeborene psychische Minderwertigkeit der Kinder vorliegt.

Nach Kraepelin entwickelt sich die Katatonie in 24 % der Fälle „geradezu während der Schwangerschaft oder häufiger im Anschluß an das Wochenbett". Bei 18 % der erkrankten Frauen konnte er Menstruationsstörungen feststellen; in unseren Fällen wurden 2mal Exacerbationen während der Menstruation beobachtet. Lomer stellte bei seinen Untersuchungen „über juvenile Demenz" fest, daß von 88 an Dementia praecox Erkrankten weiblichen Geschlechts 13 im Anschluß an Gravidität, 4 im Anschluß an Menstruation (2mal die erste) erkrankten, und betont, daß in 19 Fällen sexuelle Erlebnisse als auslösende Momente eine Rolle spielten. Aschaffenburg fand bei Untersuchung von 118 Wochenbettpsychosen 40mal die klinische Form der Dementia praecox (12mal jenseits des 30. Lebensjahres), und zwar 9mal während der Schwangerschaft, 26mal im Wochenbett und 11mal in der Laktationsperiode; in 10 weiteren Fällen konnte er bei schon

bestehender Dementia praecox im Anschluß an eine Geburt eine Verschlimmerung feststellen. Auch Bertschinger hat bei 208 Frauen, die an Dementia praecox erkrankt waren, die Erfahrung gemacht, daß häufig Beziehungen zwischen Fortpflanzung und Erkrankung bestehen: 18 Frauen erkrankten im Wochenbett, eine mit Eintritt ins Klimakterium, 7mal brachte die Menopause eine Verschlimmerung. Ferner betont er die Bedeutung der Menstruation, die in 13 Fällen menstruale Exacerbationen verursachte; bei 8 Frauen cessierten die Menses nur im Beginn der Erkrankung, während bei 3 Frauen die Psychose zugleich mit der ersten Menstruation ausbrach. Unter seinen 207 Fällen von Katatonie sind nur 71 Männer, dagegen 136 Frauen, von denen die Hälfte erst nach dem 30. Jahre erkrankte. Vogel hat die Puerperal-Psychosen der Breslauer Klinik zusammengestellt und fand 15mal (39 %) die Diagnose Dementia praecox verzeichnet, darunter 2 Frauen, die nach dem 30. Jahre zum ersten Male psychisch erkrankten.

Wenn diese Zahlen auch nicht ohne Bedeutung sind und gewisse Beziehungen zwischen dem Fortpflanzungsgeschäft und der Dementia praecox, besonders der Katatonie, unverkennbar sind, so dürfen wir doch vorläufig von einem wirklich causalen Zusammenhang nicht sprechen. Wir können ein Krankheitsbild nur dann in ursächliche Verbindung mit einem Vorgang bringen, wenn es möglich ist, dessen Wirkung in jedem Falle in stets wiederkehrenden charakteristischen Symptomen nachzuweisen. Erst dann ist die Annahme einer „aetiologischen Krankheitseinheit“ berechtigt; und das ist hier nicht möglich. Wenn die Dementia praecox vielleicht auch die häufigste der Puerperal-Psychosen ist, so darf man nicht außer Acht lassen, daß oft auch manisch-depressive Zustände, Melancholien und Amentia-Erkrankungen im Puerperium oder Klimakterium zum Ausbruch kommen. So befinden sich unter den von H. Berger mitgeteilten 14 Fällen von im Klimakterium einsetzenden Psychosen nur 3 Fälle von akuter hallucinatorischer Paranoia mit katatonischen Symptomen — die anderen 11 boten Melancholien dar — Krankheitsbilder, die wir der Spät-Katatonie zurechnen können. Alle 3 Pat. erkrankten akut mit gehäuften Sinnestäuschungen, nachdem ein kurzes depressives Stadium vorangegangen war; sie boten

typische katatone Symptome dar. Während eine Frau völlig gesund wurde, heilten die anderen beiden mit Defekt. Wir sehen an den von Berger streng ausgesuchten Fällen, die alle mit Eintritt des Klimakteriums zum ersten Male psychisch erkrankten, besonders deutlich den Einfluß des Klimakteriums auf die Psychosen; aber er ist kein specifischer und gibt uns ebensowenig wie das Fortpflanzungsgeschäft eine genetische oder causale Erklärung der klinischen Krankheitserscheinungen.

Haberkant stellt 34 Fälle von Dementia praecox mit Osteomalacie zusammen; er ist der Ansicht, daß die Hauptform der Puerperal-Psychosen die Katatonie ist und hält es nicht für ausgeschlossen, daß der osteomalacische Stoffwechsel in der Aetiologie der puerperalen Katatonie eine Rolle spielt. Immerhin ist diese Kombination ein seltenes Vorkommnis, auch unsere beiden Fälle von puerperaler Katatonie waren nicht durch Osteomalacie kompliziert.

Auch die Annahme einer Selbstvergiftung, die nach Kraepelin „möglicherweise in irgend einem mehr oder weniger entfernten Zusammenhang mit Vorgängen in den Geschlechtsorganen stehen könnte", kann uns keinen Aufschluß geben über die letzten Ursachen; denn wenn wir wirklich wüßten, daß es neu auftretende Stoffwechselprodukte oder normale nicht genügend eliminierte Abbauprodukte sind, welche die Psychose bedingen, so wären uns doch noch die Ursachen dieser Anomalien unbekannt. Urstein glaubt, daß der Einfluß des Klimakteriums auf die Psychosen, den er für nicht specifisch hält, auf einer Selbstvergiftung durch Ausfall der ovarialen Drüsenfunktion (innere Sekretion) beruhe.

Berger suchte, in der Annahme, daß sich akute Psychosen auf Grund einer Toxaemie entwickeln, das hypothetische Toxin nachzuweisen. Er spritzte sich selbst subkutan Serum resp. Cerebrospinalflüssigkeit von Geisteskranken ein und sah in 2 Fällen von Dementia praecox Vergiftungserscheinungen auftreten, im 2ten Fall, bei dem es sich um einen stuporösen Zustand handelte, ziemlich schwere. Auf diese Beobachtungen gestützt und auf Grund weiterer interessanter Tierexperimente mittels Cytotoxinen kommt Berger zu dem Schluß, daß es gewisse Organtoxine gibt, die für das

Gehirn specifisch sind, und daß solche Toxine im Blute gewisser Geisteskranker vorhanden sind.

Dragotti schließt aus gastro-intestinalen Störungen, die er öfter zu Beginn der Dementia praecox beobachtet hat, daß „dieselbe wahrscheinlich auf eine Infektion vom Darm aus zurückzuführen sei".

Wir sehen, daß die Frage der Aetiologie trotz zahlreicher Beobachtungen und Versuche noch in tiefes Dunkel gehüllt ist und daß die Anschauungen über die Causalität der Katatonie, geschweige denn der Dementia praecox, einheitliche sind. Ob sich überhaupt eine Einheit in aetiologischem Sinne aufstellen läßt, ist sehr fraglich; denn man darf nie die verschiedenartige psychische Reaktionsweise des einzelnen Individuums vergessen, die wohl mit der Vererbung in engstem Zusammenhang steht. Auch hier erkennt man die hervorragende Rolle, welche die Heredität in der Psychiatrie spielt.

Heredität konnte in 5 Fällen nachgewiesen werden, in 3 Fällen waren die Angaben darüber unsicher. Schultze, der „die Beziehungen des angeborenen und früh erworbenen Schwachsinns sowie der psycho-pathischen Konstitution zur Dementia praecox" in der hiesigen Klinik untersucht hat, fand, daß von 205 Fällen 148 (= 72 %) erblich belastet waren; in 30 % war eine geistige minderwertige Veranlagung vorhanden. Daß nahe Beziehungen der Imbezillität zur Dementia praecox bestehen, ist vielfach hervorgehoben worden, ich brauche nur an die „Phropfhebephrenien" zu erinnern. Zu ähnlichen Resultaten wie Schultze kam Weigand, der ein großes Kranken-Material auf diese Verhältnisse hin untersucht hat.

Wenn bezüglich der Diagnose bei Beginn der Erkrankung in einigen unserer Fälle noch Zweifel darüber bestehen konnten, ob es sich um Katatonie handele — die vorläufige Diagnose lautet 1mal Melancholie, 1mal Amentia, 2mal halluc. Paranoia, 1mal hysterische Psychose — so zeigte das gehäufte Auftreten katatoner Symptome und der weitere Verlauf ihre Zugehörigkeit zur Katatonie. Vereinzelte katatone Symptome dürfen nie zu hoch eingeschätzt werden, wie dies früher zu Gunsten der Dementia praecox spez. der Katatonie geschehen ist. Dies ist auch der Grund für die außerordentliche Verminderung der Fälle einschließlich der Spätformen

in der Statistik der Münchner Jahresberichte. Weiler, der Referent dieses Themas, erklärt dies dadurch, daß sie früher zu viel Wert auf einzelne katatonische Symptome gelegt haben und auf diese Weise viele Fehldiagnosen resultierten, auf welche W. die meisten geheilten Fälle zurückführt. Es bestehen eben, wie schon eingangs betont, oft erhebliche diagnostische Schwierigkeiten, vor allem ist die differentialdiagnostische Abgrenzung der Katatonie und der manisch-depressiven Zustände zuweilen außerordentlich schwer. Auch die Katatonie kann schubweise verlaufen, selbst ein zirkulärer Verlauf schließt die Katatonie nicht aus. Äußerliche Züge sind beiden Krankheitsformen gemeinsam, doch wird man bei voll ausgebildetem katatonischen Symptomenkomplex immer der Diagnose Katatonie zuneigen. Die Feststellung einer Abnahme der affektiven Regsamkeit, besonders der Gleichgültigkeit der näheren Umgebung gegenüber wird dann die Diagnose sichern. Auch unsinnige Redeweise mit häufiger Verbigeration und verminderte Vigilität der Aufmerksamkeit sind Symptome, die bei der Differential-Diagnose für die Katatonie verwertbar sind. Ebenso weist das Auftreten schwachsinniger Wahnideen, schamloser Handlungen, unmotiviertes lautes Schreien auf das Bestehen einer Katatonie hin. Während die Erregungszustände beider Krankheitsformen noch eher zu differenzieren sind, ist es zuweilen geradezu unmöglich, einen katatonischen Stupor von einem depressiven zu unterscheiden. Hierkann nur die weitere Entwicklung Aufschluß geben, treten plötzlich motorische Erregungszustände auf, bleiben katatone Symptome bestehen und kann man ein Abblassen des Affekts feststellen, dann braucht man an der Diagnose Katatonie nicht mehr zu zweifeln. Trotz mancher differential-diagnostischer Merkmale ist eine scharfe Trennung in manisch-depressive (ohne Intelligenzdefekt) und Dementia praecox-Erkrankung, wie sie die Kraepelin'sche Darstellung lehrt, nicht durchführbar. Thomsen, der die Spätformen gesonderter Auffassung zugeteilt wissen will, betont das Vorkommen von manisch-depressivem Irresein mit großen Intervallen, bei dem nach jedem Anfall ein zunehmender Defekt sich einstellt; er bemerkt, daß er diese Fälle der Katatonie nicht zurechnen könne. Geist teilt einen Fall von periodisch auftretender Katatonie

mit, die trotz 27jährigem Bestehen mit häufigen Anfällen nicht zur Demenz geführt hat, also nicht den Ausgang erreicht hat, den wir als Dementia praecox zu bezeichnen pflegen. Die Grenzlinien des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox sind durchaus nicht immer scharfe; das ideale Ziel, das Kraepelin in seinen Arbeiten vorschwebt, ist noch nicht erreicht.

Bei den im Puerperium einsetzenden Fällen von Katatonie ist eine Verwechslung mit der Amentia möglich. Auch unter unseren Fällen wurde bei einer Frau, die nach der ersten Geburt akut erkrankte, die vorläufige Diagnose auf Amentia gestellt; doch traten nach kurzer Zeit die Erscheinungen des katatonischen Symptomenkomplexes auf — Mutismus, katatonische Stellungen, Stereotypien, Flexibilitas cerea — sodaß die Diagnose Katatonie mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen war, besonders da sich im weiteren Verlaufe eine Verarmung der ethischen Gefühle und eine Abnahme des Affektes bemerkbar machte. Die Kranke befindet sich noch heute (nach fast vier Jahren) in der Pflegeanstalt und ist vollständig verblödet, eine Bestätigung der Diagnose. Kraepelin ist der Meinung, daß die meisten Fälle von Amentia dem manisch-depressiven Irresein und der Dementia praecox angehören, und daß nur wenige Fälle von Erschöpfungs-Amentia infolge äußerer greifbarer Schädigung bleiben, die bei günstigem Verlauf in wenigen Monaten zur Genesung führen, zuweilen aber in sekundäre Demenz übergehen. Auch Jahrmärker teilt mit, daß er früher die Häufigkeit der Amentia überschätzt habe und betont jetzt, daß sie eine äußerst seltene Erkrankung sei. Strohmayer fand in der hiesigen Klinik unter rund 3000 männlichen Aufnahmen 40, unter 2500 weiblichen Aufnahmen 90 Fälle, die unter den Begriff der Amentia fielen. Seine katamnestischen Erhebungen ergaben, daß 21 in Anstalten gestorben = 20 %, 66 gebessert oder geheilt = 60 % und 23 ungeheilt = 20 % waren. Unter den letzteren boten 13 das Bild der Dementia praecox, 4 das des manisch-depressiven Irreseins und 3 waren in sekundäre Demenz übergegangen. Strohmayer betont die meist langsame, oft schubweise Entwicklung der Dementia

praecox gegenüber der Amentia; katatonische Symptome kommen bei beiden Erkrankungen vor, Strohmayer fand sie bei der Amentia in 50 % der Fälle, ja bei 20 % spielten sie eine praedominierende Rolle und der Ausgang war doch Genesung (schon über 5 Jahre!) — Strohmayer kommt zu dem Schluß, daß „die Amentia in vorsichtiger Umgrenzung eine seltene Psychose ist und 2 % der Gesamtaufnahmen kaum übersteigt". Nach Binswanger kann auch bei schwersten Fällen von Erschöpfungs-Amentia völlige Heilung eintreten, wenn es sich um Individuen mit vorher völlig rüstigen Gehirnen gehandelt hat, während besonders die Fälle, bei denen vor der Erkrankung Debilität bestand, meist eine unvollständige Restitution aufweisen; lange dauernde Erregungszustände gehen sehr häufig in sekundäre Demenz über.

Eine Verwechslung mit den organischen Gehirnerkrankungen im späteren Alter, besonders mit der Dementia paralytika kann höchstens im Beginn vorkommen. Die im Verlaufe derselben bald nachweisbaren körperlichen Symptome, ev. auch eine Untersuchung der Lumbalflüssigkeit werden die Möglichkeit einer Katatonie ausschließen.

Die Wichtigkeit der Differentialdiagnose zwischen der Katatonie in späteren Jahren und anderen Psychosen, besonders den manisch-depressiven Zuständen und der Amentia, erhellt aus der Verschiedenartigkeit der Prognose, welche ja bei den zuletzt genannten psychischen Erkrankungen eine viel günstigere ist. Wenn im Vorigen auf die großen Schwierigkeiten hingewiesen wurde, die uns bei der Diagnosen-Stellung entgegentreten können, so sind wir noch schlimmer daran bezüglich der Prognose. Das kann nicht Wunder nehmen, denn nur die exakte Erkennung einer Psychose kann die Grundlage bilden für ihre prognostische Beurteilung.

Was den Ausgang unserer 9 Fälle betrifft, so sind außer den 2 Pat., die gestorben sind, alle anderen noch krank und befinden sich in Anstalten. 5 von diesen bieten schon seit mehreren Jahren Zustände von mehr oder weniger hochgradiger Verblödung dar, vor allem fällt bei ihnen die außerordentliche Stumpfheit und Gleichgültigkeit auf; 2 von ihnen haben zuweilen noch plötzliche Erregungszustände, während bei den

anderen 3 die Zustände stabiler zu sein scheinen; sie imponieren als Endzustände, eine Änderung ist hier kaum mehr zu erwarten, aber doch nicht ausgeschlossen. Denn die Erfahrung lehrt, daß in Fällen von katatoner Demenz in ganz unerwarteter Weise Remissionen eintraten, die fast Heilungen gleichkamen, ein Zeichen, daß hier keine unausgleichbaren Schädigungen vorgelegen haben können. — In 2 unserer Fälle konnte trotz 4- resp. 6jähriger Krankheitsdauer ein Defekt nicht festgestellt werden: der eine von diesen hat sich nach 4 Jahren der Beobachtung entzogen, indem er in die ausländische Heimat transportiert wurde, wo sich der Zustand (nach Angabe) in den letzten beiden Jahren nicht geändert haben soll. Ob hier inzwischen ein Defekt eingetreten ist, konnte leider nicht in Erfahrung gebracht werden. Der andere Fall, welcher vor 8 Jahren erkrankte, eine über 1 Jahr dauernde Remission durchgemacht hat, befindet sich zur Zeit noch in der Anstalt; eine intellektuelle Einbuße ist bei ihm nicht vorhanden, auch die affektive Erregbarkeit zeigt keine Herabsetzung.

Unsere Fälle zeigen, daß die Prognose der Katatonie in späteren Jahren recht ungünstig ist; freilich darf man aus der geringen Zahl den Schluß nicht ziehen, daß die Prognose der Katatonie in späteren Jahren immer infaust zu stellen wäre. So ist Berger auf Grund der von ihm mitgeteilten 3 Fälle, von denen der eine schon mehrere Jahre völlig genesen ist, der Meinung, daß „die Prognose dieser Spätkatatonien eine ernste zu sein scheine, wenn eine völlige Genesung auch nicht ausgeschlossen sei“. Die von Sommer veröffentlichten 5 Fälle von Spätkatatonie sind in schwere katatonische Endzustände ausgegangen; allerdings betont er, daß es ihm darauf ankam, nur Fälle mitzuteilen, die durch ihren Ausgang in Schwachsinn ihre Zugehörigkeit zur Katatonie bewiesen haben; irgendwie zweifelhafte Fälle hat er also nicht berücksichtigt. Günstiger beurteilt Zweig die Spätfälle; auf Grund seiner Beobachtungen stellt er den Satz auf, daß „die Prognose der jenseits des 30. Lebensjahres einsetzenden Erkrankungen im allgemeinen günstiger ist als die der Fälle in jüngeren Jahren“. Er betont zugleich die schon früher von E. Meyer, in letzter Zeit auch von anderen

Autoren ausgesprochene Ansicht, „daß das Auftreten katatonischer Erscheinungen die Prognose keineswegs absolut ungünstig gestaltet", was seine Fälle bestätigten. Nach Bleuler und Jahrmärker haben besonders chronische oder im späteren Verlauf auftretende katatone Symptome eine schlimme prognostische Bedeutung. Zablocka hat 647 Fälle von Dementia praecox bezüglich der Prognose untersucht und konnte bei 60% soziale Heilung — z. T. mit leichtem Defekt! — feststellen und betont im Gegensatz zu Kraepelin, daß die Prognose der Katatonie viel schlechter sei als die der Dementia paranoides. Nach Kraepelin scheint in einer kleinen Zahl der Fälle von Dementia praecox eine „vollständige Heilung" eintreten zu können; er läßt jedoch dabei die Möglichkeit der Fehldiagnosen offen. Von der Katatonie werden 13% vollständig gesund, sodaß sie ihren Beruf wieder aufnehmen können. Doch betont Kraepelin, daß noch nach Jahrzehnten Recidive auftreten können. Auch er weiß keine Anhaltspunkte anzugeben, aus denen man Schlüsse auf den mutmaßlichen Ausgang des einzelnen Falles ziehen könnte. Raecke hat durch katamnestische Erhebungen feststellen können, daß von 171 Fällen von Katatonie 27 geheilt (1—6 Jahre) — Raecke glaubt nicht, daß das alles Remissionen sein könnten —, 19 gebessert und 125 ungeheilt waren. Er mahnt bei der prognostischen Beurteilung zu großer Vorsicht, da die Katatonie durchaus nicht immer zur Verblödung führe; die Bezeichnung „Dementia praecox" sei daher irreleitend. Diese Ansicht ist sehr wohl berechtigt; denn eine Dementia praecox ohne endgültigen geistigen Verfall gibt es nicht.

Wir sehen aus dieser verschiedenen Stellungnahme zur Prognose der Katatonie, wie weit wir noch entfernt sind, eine einheitliche Prognose stellen zu können; von den Kriterien ist eins nach dem anderen entwertet worden. Befriedigende prognostische Regeln lassen sich zur Zeit aus der Art der Anfangszustände in allgemein gültiger Weise nicht aufstellen, auch eine Prognose quoad Recidiv gibt es nicht. Hinsichtlich der Gefahr des Recidivs nimmt die Katatonie im Ganzen eine günstige Stelle ein, wie man aus der Literatur ersehen kann. Von unseren Fällen zeigte nur einer

länger dauernde Remissionen und gerade dieser Fall ist wegen seines Verlaufs und seiner Symptome diagnostisch mit Sicherheit noch nicht zu beurteilen.

Wenn ich am Schluß dieser Betrachtungen die Resultate zusammenfasse, so ist zu betonen:

1. Die Katatonie kann in jedem Lebensalter zum Ausbruch kommen; auch in der zweiten Lebenshälfte entwickelt sie sich gar nicht selten.

2. Frauen erkranken im späteren Lebensalter viel häufiger an Katatonie als Männer.

3. Die Prognose der jenseits des 30. Jahres einsetzenden Fälle von Katatonie scheint ungünstiger zu sein, als die Prognose der Katatonie der Jugendjahre.

4. Im Übrigen sind prinzipielle Unterschiede zwischen den Spätformen und den Erkrankungen in jüngeren Jahren nicht vorhanden.

Zum Schluß dieser Arbeit spreche ich meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Binswanger für die Anregung zu der vorliegenden Abhandlung und für die Durchsicht derselben meinen ergebensten Dank aus.

Literatur-Verzeichnis.

1. A. Abraham, Über Bedeutung sexueller Jugendtraumen für die Symptomatologie der Dementia praecox.
2. Albrecht, Zur Symptomatologie der Dementia praecox. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 62.
3. Aschaffenburg, Zur Katatoniefrage. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 54.
4. Derselbe, Klinische Formen der Wochenbettspsychosen. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 58.
5. H. Berger, Psychosen des Klimakterinus. Monatsschr. f. Psych. und Neur. Bd. 22.
6. Derselbe, Experimentelle Studien zur Pathogenese akuter Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 31.
7. Bertschinger, Verblödungspsychosen der Pflegeanstalt Rheinau. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 58.
8. Binswanger-Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie. 1907.
9. Binswanger, Über die Pathogenese und klinische Stellung der Erschöpfungspsychosen.
10. Bleuler, Zur Prognose der Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65.
11. Bleuler u. Jung, Komplexe und Krankheits-Ursachen bei Dementia praecox. C.-Blatt f. Nerv. u. Psych. 08.
12. Eisath, Gliaveränderungen bei Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64.
13. Geist, Klassification der Psychosen, besonders der periodischen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64.
14. Haberkant, Osteomalacie und Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63.
15. Hirschl, Dementia praecox und Lues. Neurol. C.-Blatt. Bd. 26.
16. Jahresberichte der Münchner Klinik. 1905–1908.
17. Jahrmärker, Endzustände der Dem. praecox. Centr.-Blatt f. Nerv. u. Psych. 1908.
18. Kahlbaum's Monographie zur Katatonie.
19. Klipstein, Über die hebephrenen Formen d. Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63.
20. Kölpin, Über die Dementia praecox, besonders die paranoide Form. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65.
21. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl.
22. Derselbe, Fragestellungen in der Psychiatrie. Neur. C.-Blatt 1905.
23. Lomer, Untersuchungen über juvenile Demenz. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62.

24. Meyer, E., Zur Prognose der Dem. praecox. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65.
25. Oeconomakis, Ein Fall von Dem. praecox nach dem 40. Jahre. C.-Blatt f. Nerv. u. Psych. 1909.
26. Raecke, Katatonie im Kindesalter. Arch. f. Psych. Bd. 45.
27. Derselbe, Zur Prognose der Katatonie. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65.
28. Rinne, Beitrag z. Geschichte des Jugendirreseins. Diss. Göttingen 1908.
29. O. Schulze, Über die Beziehungen des angeborenen und erworbenen Schwachsinns zur Dementia praecox. Diss. Jena 1908.
30. Stransky, Zur Lehre von der Dementia praecox. C.-Blatt f. Nerv. u. Psych. 1904.
31. Derselbe, Zur Lehre von den combinierten Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63.
32. Derselbe, Dementia tardiva. Monatsschr. f. Ps. u. Neur. Bd. 18.
33. Schott, Klinischer Beitrag zur Lehre der Dementia praecox. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neur. 1905.
34. Strohmayer, Zur Klinik, Diagnose und Prognose der Amentia. Habilit.-Schrift. Jena 1906.
35. Tomaschny, Kopfschmerz bei Dem. praecox. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65.
36. Thomsen, Dem. praecox und man.-depressives Irresein. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 64.
37. Tuczek, Über Begriff und Bedeutung der Demenz. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neur. XXIII.
38. Urstein, Die Dementia praecox. 1908.
39. Vogel, Beitrag zur Klinik der Puerperal-Psychosen und zur Prognose der Katatonie. Diss. Breslau 1908.
40. Weigand, Idiotie und Dementia praecox.
41. Wilmanns, Zur Diff.-Diagnostik der functionellen Psychosen. C.-Blatt 1907.
42. Wolff, Zur Benennung der Dem. praecox. C.-Blatt 1908.
43. Zablocka, Zur Prognose der Dem. praecox. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65.
44. Zweig, Dementia praecox jenseits des 30 Jahres. Arch. f. Psych. Bd. 44.
45. Ziehen, Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Aufl.
46. Sommer, M., Zur Kenntnis der Spätkatatonie. Zeitschr. f. Neur. u. Psych. 1910. I. 4.

Lebenslauf.

Am 6. Juni 1885 wurde ich in Jena geboren. Nach 3jährigem Besuch der Vorschule wurde ich in das Großh. Gymnasium Carolo-Alexandrinum in Jena aufgenommen, aus dem ich Ostern 1905 mit dem Zeugnis der Reife entlassen wurde. Ich bezog die Universität Freiburg i. B., um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Nach einem Semester kehrte ich nach Jena zurück, wo ich im Sommer-Semester 1907 die ärztliche Vorprüfung bestand. Von den 5 klinischen Semestern verbrachte ich 1 in München, die andern 4 in Jena; hier bestand ich in der Zeit vom 15. März bis 15. April 1910 das medizinische Staatsexamen.

Adolf Niese's Nachfl., Adolf Auerbach, Saarfeld a. S.